

# Anmeldeformular

Zur Durchführung klinischer Prüfungen (Studien) mit ...

**GCP-Grundlagenkurs**  
(450 € zzgl. 19 % MwSt.)

**GCP-Aufbaukurs**  
(450 € zzgl. 19 % MwSt.)

... **Arzneimitteln (AMG)**

**GCP-Intensivkurs  
(Grundlagen- und Aufbaukurs)**  
(800 € zzgl. 19 % MwSt.)

**GCP-Refresherkurs**  
(300 € zzgl. 19 % MwSt.)

... **Medizinprodukten (MPG, MDR)**

**Medizinprodukte-Ergänzung  
(Grundlagen- bzw. Aufbaukurs)**  
(250 € zzgl. 19 % MwSt.)

**Medizinprodukte-Ergänzung  
(Grundlagen- und Aufbaukurs)**  
(450 € zzgl. 19 % MwSt.)

In den Veranstaltungsgebühren enthalten sind die Durchführung gemäß Programm, die Schulungsunterlagen, die Teilnahmebestätigung (Zertifikat) sowie die Verpflegung während der Veranstaltung.

**Veranstaltungsort** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

**Anrede/Titel** \_\_\_\_\_ **Funktion** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_ **Nachname** \_\_\_\_\_

**Straße, Nr.** \_\_\_\_\_

**PLZ** \_\_\_\_\_ **Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift  
(falls abweichend)** \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die verbindliche Anmeldung für oben genannte Veranstaltung. Weiterhin bestätigen Sie Ihre Zustimmung zu unseren aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen (03.01.2021).

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Zur verbindlichen Anmeldung senden Sie dieses Formular bitte zusammen mit der Teilnehmer-Checkliste per E-Mail an **anmeldung@gcp-and-more.de** bzw. per Fax an **06239/9990820**

# Teilnehmer-Checkliste

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>GCP-Grundlagenkurs</b> | <input type="checkbox"/> <b>GCP-Intensivkurs</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Medizinprodukte-Ergänzung<br/>(Grundlagen- bzw. Aufbaukurs)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>GCP-Aufbaukurs</b>     | <input type="checkbox"/> <b>GCP-Refresherkurs</b> | <input type="checkbox"/> <b>Medizinprodukte-Ergänzung<br/>(Grundlagen- und Aufbaukurs)</b>  |

Um während des Trainings besser auf Ihren Bedarf und Ihre Wünsche eingehen zu können, bitten wir Sie um ein paar Angaben zu Ihrer bisherigen Studienerfahrung (optional):

Erfahrung seit \_\_\_\_\_ Studienanzahl \_\_\_\_\_  **Keine Erfahrung**

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>AMG-Studien</b> | <input type="checkbox"/> <b>Phase I</b>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Phase II</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Phase III</b> | <input type="checkbox"/> <b>Phase IV</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>MPG-Studien</b> | <input type="checkbox"/> <b>Nichtinterventionelle<br/>Studien (NIS)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sonstige Forschungsvorhaben</b> |   |  |

Indikation(en) \_\_\_\_\_

## Studienerfahrung als

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>(Haupt-)<br/>Prüfer (PI)</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>Stellvertreter</b> | <input type="checkbox"/> <b>Prüfarzt</b> | <input type="checkbox"/> <b>Studienassistentz</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Letztes GCP-/MP-Training absolviert am _____</b> |  |  |   | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>      |

**Aktuelles Studienprojekt /  
Grund für Anmeldung zum Training** \_\_\_\_\_

**Besondere Interessen  
bezüglich des Trainings** \_\_\_\_\_

Dieses Formular bitte zusammen mit der Anmeldung zurückschicken

per E-Mail an **anmeldung@gcp-and-more.de**  
bzw. per Fax an **06239/9990820**