

# Tumorpatienten bestmöglich versorgen

**Auffrischkurs Onkologie für  
Arzthelferinnen, Medizinische Fachangestellte  
und Pflegefachkräfte**

20. und 21. September 2024  
ABACUS Tierpark Hotel  
Franz-Mett-Straße 3–9, 10319 Berlin

**SAVE  
THE  
DATE**



**Berufsverband Niedergelassener und  
ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen  
in Deutschland e.V.**

# ANMELDUNG – Refresher

BITTE AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN ZURÜCKSENDEN AN:

**MEDCONCEPT** 

Gesellschaft für medizinische Projekte mbH  
Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen bei Berlin  
Fax: 03342 42689-40, E-Mail: info@medconcept.org

Vorname/Name

---

Straße

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Voucher-Code-Nr.

---

Rechnungsstellung an:

---

*(ggf. bitte alternative Anschrift angeben)*

Praxis/Einrichtung

---

Bereich/Abteilung

---

Straße

---

PLZ/Ort

---

Telefon

Telefax

E-Mail

---

Seminargebühren (Seminar- und Referentenleistungen, Tagungsunterlagen, Tagungsgetränke, Mittag- und Abendessen inkl. Getränke):

- Teilnehmer/-in eines BNGO-Mitgliedsarztes zahlt 308 Euro zzgl. MwSt.; für onkologische Fachkräfte aus Einrichtungen und Praxen, deren Ärzte keine BNGO-Mitglieder sind, zahlen 616 Euro zzgl. MwSt.

Die Hotelübernachtung (84 Euro/Nacht inkl. Frühstück) nehme ich in Anspruch.

*Mit Setzen des Hakens erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer Nachricht an [info@medconcept.org](mailto:info@medconcept.org) widerrufen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter [www.medconcept.org/datenschutzerklaerung](http://www.medconcept.org/datenschutzerklaerung).*

***(Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um ein Pflichtfeld handelt!)***

*Bitte informieren Sie mich künftig über weitere interessante Fortbildungsveranstaltungen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer Nachricht an [info@medconcept.org](mailto:info@medconcept.org) widerrufen.*

Hiermit melde ich mich zur Fortbildung BNGO-Refresher am 20./21. September 2024 an.

Ort, Datum und Unterschrift

---

*Für Mitglieder des BNGO – Bestätigung der BNGO-Mitgliedschaft  
Ich bin Mitglied des BNGO und melde o. g. Angestellte aus meiner Praxis an.*

Titel/Vorname/Name des BNGO-Mitgliedsarztes

---

Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Praxisstempel