Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich

|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldeformular zum 7. Zürcher Oberarztkurs30. September / 01. Oktober 2022 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Präsidentin**Dr. med. Nadja LindenmannSpital Affoltern a. Albis8910 Affoltern a. AlbisTel.: 044 714 26 76 | **Vizepräsidentin**KD Dr. med. Stephanie von OrelliStadtspital Triemli8063 ZürichTel: 044 416 20 10 | **Rechnungsführerin**Dr. med.Ulrike BauerfeindSpital Zollikerberg8125 ZollikerbergTel: 044 397 23 11 | **Aktuar**PD Dr. med. Alexander MüllerSpital Limmattal / Uroviva8952 SchlierenTel: 044 733 24 39 |
| nadja.lindenmann@spitalaffoltern.ch | stephanie.vonorelli@triemli.zuerich.ch | ulrike.bauerfeind@spitalzollikerberg.ch | uroviva@spital-limmattal.ch |

Auch der diesjährige Kurs findet in der **Kartause Ittingen** statt und beinhaltet die Übernachtung im Einzel- oder Doppelzimmer, inkl. Vollpension.

Die Anreise ist individuell (Parkplätze stehen kostenfrei zur Verfügung).

**Kursbetrag** CHF 1000.--

* VSAO-Mitglieder bezahlen CHF 600.-- (CHF 300.-- können vom Arbeitgeber/Spital zurückverlangt werden.)

Als VSAO-Mitglied profitieren Sie von vergünstigten Konditionen, was bedeutet, dass Ihre Eigenkosten nur CHF 300.-- betragen und Sie insgesamt nur CHF 600.-- einzahlen müssen. Wir danken an dieser Stelle dem VSAO für die grosszügige Unterstützung seiner Mitglieder.

* Nicht VSAO-Mitglieder bezahlen CHF 700.-- (CHF 300.-- können vom Arbeitgeber/Spital zurückverlangt werden) auf das untenstehende Konto ein.
* Der Restbetrag wird von der Chefärztegesellschaft, VSAO, VSA und VZK bezahlt
* Die Anmeldung wird mit der Einzahlung der Kurskosten gültig und hat bis spätestens 30.07.2021 zu erfolgen.
* Bei Verhinderung oder Stornierung der Teilnahme können ab dem 13.08.2021 keine Kosten rückerstattet werden.

**Bankverbindung** Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich

 Zürcher Kantonalbank

 8010 Zürich

 Vermerk: **OA Kurs 2022**

Konto Nummer: 1109-0010.656.709

IBAN Nummer: CH05 0070 0110 9000 10656

Bankclearing: Nummer: 700

SWIFT: ZKBCHZZ80A

|  |
| --- |
| **ANMELDEDATEN** |
| **Name** |   |
| **Vorname** |   |
|  |  |  |
| **Arbeitgeber** |   |
| **Funktion / Abteilung** |   |
| **VSAO Mitglied** | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Ihre Mitgliedschaft im VSAO wird überprüft. Wenn Sie Mitglied sind, betragen ihre Eigenkosten CHF 300.- |
|  |  |  |
| **Adresse** |   |
| **PLZ / Ort** |   |
| **E-Mail Adresse** |   |
| **Telefonnummer** |   |
|  |
| **ÜBERNACHTUNG UND VERPFLEGUNG** |
| **Übernachtung im Einzelzimmer** |[ ]
|  |  |
| **Übernachtung im Doppelzimmer** |[ ]
| **Name der zweiten Person falls Doppelzimmer** |
| **Name** |   |
| **Vorname** |   |
|  |  |  |
| **Essen** | Fleisch [ ]  | Vegetarisch [ ]  |
| **Falls Allergien, bitte angeben** |   |
|  |
| **Datum** |   |
|  |  |  |
| **Unterschrift** |  |
|  |
| **Anmeldung bitte per Mail an** | jutka.amacher@spitalaffoltern.ch  |
| **Kontaktperson bei Fragen:** | Jutka Amacher | 044 714 33 04 |