

Kurs Pädiatrische Neurochirurgie

Teil 3, 7. Zyklus

Neurotraumatologie
ZNS-Infektionen
Zerebrovaskuläre Erkrankungen

17. – 18. März 2027

Veranstalter Klinik für Neurochirurgie Sektion Päd. Neurochirurgie, Universitätsklinikum Ulm

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse am Kurs Pädiatrische Neurochirurgie 2027. Der Kurs wird in Präsenz stattfinden und den genauen Ablauf können Sie dem beigefügten Programm entnehmen. Es handelt sich traditionell um einen dreiteiligen Kurs, wobei ein Einstieg in den Zyklus bei jedem Kursteil möglich ist. Nach Absolvieren aller drei Kursteile wird eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am Kurs Pädiatrische Neurochirurgie ausgestellt, welche unter anderem beim Erwerb des NCA-Personenzertifikats anerkannt wird. Die sehr erfahrenen und engagierten Referierenden und die interaktive Kursgestaltung garantieren einen fundierten Überblick über die pädiatrische Neurochirurgie.

Um Ihre Platzreservierung in eine verbindliche Teilnahme umzuwandeln sind (1) die Überweisung der Kursgebühr sowie (2) die Zusendung des ausgefüllten Registrierungsformulars erforderlich. Nach Eingang der Überweisung erhalten Sie von uns eine Bestätigung.

Kursgebühr: 400 Euro (beinhaltet Teilnahme an Kurs und Workshops, Catering in den Pausen)

Gemeinsames Abendessen: zusätzlich 50 Euro (beinhaltet Abendmenü und nicht-alkoholische Getränke)

Bitte überweisen Sie bis zum 28.02.2027 je nach Wunsch 400 Euro oder 450 Euro auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Universitätsklinikum Ulm

Bank: Sparkasse Ulm

IBAN: DE16 630 500 000 000 106 478

Zweck: D.6069 (mit Name vom Teilnehmer)

Kurs Pädiatrische Neurochirurgie

Teil 3, 7. Zyklus

Neurotraumatologie
ZNS-Infektionen
Zerebrovaskuläre Erkrankungen

17. – 18. März 2027

Registrierungsformular

Rücksendung an KursPaedNCH@uniklinik-ulm.de

Nachname*:			
Vorname*:			
Geschlecht:	☐ Weiblich	☐ Männlich	☐ Divers
Akademischer Titel*:			
Position:	☐ Studierende	☐ Assistenzarzt*in	☐ Facharzt*in
	☐ Oberarzt*in	☐ Chefarzt*in	☐ Anderes
Klinik*:			
Anschrift*:			
E-Mail-Adresse*:			
Telefon:			
Teilnahme am Kurs- Abendessen (+50€):	☐ Ja	☐ Nein	
Bisher absolvierte Kursteile:			

*unbedingt erforderliche Angaben