

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)  
Abt. Medizinische Physik in der Strahlentherapie  
Im Neuenheimer Feld 280  
DE-69120 Heidelberg

Ansprechpersonen: Marcel Schäfer & Anna Moshanina  
Telefon: 0 62 21/42-2644 oder 42-3481; Telefax: 0 62 21/42-3482  
E-Mail: [spezialkurs.partikeltherapie@dkfz.de](mailto:spezialkurs.partikeltherapie@dkfz.de)  
Kurswebseite: [www.dkfz.de/partikelkurs-hd](http://www.dkfz.de/partikelkurs-hd)

## Kurse im Bereich Partikeltherapie Variante 1a ODER 2a, Oktober/November 2024

- Hiermit buche ich **verbindlich und kostenpflichtig Variante 1a: Hybrider Spezialkurs Partikeltherapie für Ärzt:innen (24 UE)**; Onlinephase: 14.10. – 24.11.2024; hybride Präsenzphase: 28. – 29.11.2024  
Normalpreis: €400/ Preis für Interne (Mitarbeitende der Abteilung E040 (DKFZ) oder der Abteilung Radioonkologie und Strahlentherapie (Uniklinikum HD) oder des HIT): €290
- ODER**
- Hiermit buche ich **verbindlich und kostenpflichtig Variante 2a: Hybrid Teaching Course Particle Therapy, inklusive Spezialkurs für Ärzt:innen (40 UE)**;  
Onlinephase: 14.10. – 24.11.2024; Online-Sessions über Zoom: 25. & 26.11.2024; hybride Präsenzphase: 28. – 29.11.2024  
Normalpreis: €560/ Preis für Interne (Mitarbeitende der Abteilung E040 (DKFZ) oder der Abteilung Radioonkologie und Strahlentherapie (Uniklinikum HD) oder des HIT): €450

### Privatadresse

Frau     Herr     Divers    Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Rechnungsadresse (falls abweichend)

Geburtsland \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

Land \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

- Ich zahle den **Normalpreis** nach Erhalt der Rechnung.
- Ich zahle den **Preis für Interne** (Mitarbeitende der Abteilung E040 (DKFZ) oder der Abteilung Radioonkologie und Strahlentherapie (Uniklinikum HD) oder des HIT) und habe bei meiner Anmeldung meine **berufliche E-Mail-Adresse** (entweder mit [@dkfz-heidelberg.de](mailto:@dkfz-heidelberg.de) oder [@med.uni-heidelberg.de](mailto:@med.uni-heidelberg.de)) angegeben.

Ich nehme an dem Kurs wie folgt teil:

- rein virtuell    **ODER**     virtuell und vor Ort in Heidelberg am 28. & 29.11.2024

**Eine nachträgliche Änderung der Kursteilnahme von vor Ort zu rein virtuell ist nur auf Antrag möglich per E-Mail möglich.**

**Nur für Mediziner:innen mit EFN-Nummer bei einer Landesärztekammer (LÄK):**

- Ich möchte, dass mir Fortbildungspunkte gutgeschrieben werden. Meine EFN-Nummer lautet: \_\_\_\_\_

Änderungen der oben genannten Angaben sind dem Veranstalter umgehend per E-Mail an obige E-Mail-Adresse mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/-in

**Schicken Sie bitte das Buchungsformular (2 Seiten!) vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück per E-Mail an [spezialkurs.partikeltherapie@dkfz.de](mailto:spezialkurs.partikeltherapie@dkfz.de) oder per Fax an die +49 (0) 62 21/42-2561. Sie erhalten eine entsprechende Eingangsbestätigung per E-Mail an Ihre eingetragene E-Mail-Adresse. Vielen Dank!**

## Stornobedingungen:

Bitte beachten Sie unsere Stornobedingungen: Stornierungen erfordern die Schriftform (E-Mail oder Brief, Kontakt siehe Seite 1 oben). Bei Stornierungen bis zum 30.09.2024 werden €50 Verwaltungsaufwand berechnet. Bei Stornierungen ab dem 01.10.2024 wird das gesamte Teilnahmeentgelt fällig. Die Benennung einer Ersatzperson ist möglich, €50 Verwaltungsaufwand werden jedoch auch hierbei fällig. Bei zu geringer Anmeldezahl bis zum 06.09.2024 behalten wir uns vor, den Kurs ggf. abzusagen.

## Hinweise zur Anwesenheit:

Zum erfolgreichen Kursabschluss ist die Teilnahme an allen Live-Sessions des jeweiligen Kursprogramms per Zoom oder vor Ort in Heidelberg verpflichtend. Die genauen Tage und Uhrzeiten der Sessions sind im jeweiligen Kursprogramm angegeben, das auf der Kurswebseite [www.dkfz.de/partikelkurs-hd](http://www.dkfz.de/partikelkurs-hd) verfügbar ist.

## Hinweise zum Datenschutz:

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Daher möchten wir Sie über deren Verarbeitung informieren.

Die mit dem Buchungsformular erhobenen Daten sind – soweit nicht als freiwillig gekennzeichnet – für die Abwicklung der „Kurse im Bereich Partikeltherapie, Oktober/November 2024“ und für Ihre individuelle Beratung erforderlich.

Die vom Veranstalter (DKFZ) im Buchungsformular erhobenen Daten werden von ihm verarbeitet und gespeichert.

Der Kurs wird in Kooperation mit der Universität Heidelberg, heiSKILLS Zentrum, Wissenschaftliche Weiterbildung durchgeführt (<https://www.uni-heidelberg.de/wisswb/>), weshalb die Anmeldedaten per E-Mail vom Veranstalter an diese Abteilung weitergeleitet werden. Die Abteilung Wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Heidelberg richtet sich bei der Datenverarbeitung nach der Datenschutzerklärung der Universität Heidelberg nach der DSGVO (siehe hier: [https://www.uni-heidelberg.de/datenschutzerklaerung\\_web.html](https://www.uni-heidelberg.de/datenschutzerklaerung_web.html)). Im Rahmen der Kooperation übernimmt die Abteilung Wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Heidelberg folgende Aufgaben:

- **Rechnungstellung:** Die Abteilung Wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Heidelberg stellt die Rechnung für die Kursteilnahme aus. Der Veranstalter verschickt die Rechnung dann an die Teilnehmenden.

Grundsätzlich gilt die Datenschutzerklärung des DKFZ, die unter folgendem Link einsehbar ist:

<https://www.dkfz.de/de/datenschutzerklaerung.html>

### Verpflichtend:

- Ich buche verbindlich und kostenpflichtig und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
- Ich habe auf Seite 1 des Buchungsformulars ausgewählt, dass ich entweder rein virtuell oder vor Ort in Heidelberg teilnehmen werde. Mit meiner Unterschrift bestätige ich diese Auswahl und bestätige, dass ich diese Auswahl nur auf Antrag per E-Mail an [spezialkurs.partikeltherapie@dkfz-heidelberg.de](mailto:spezialkurs.partikeltherapie@dkfz-heidelberg.de) ändern kann.
- Ich habe die technischen Voraussetzungen zur Kursteilnahme, welche ich auf der Website [https://www.dkfz.de/de/medphys/aus\\_und\\_weiterbildung\\_medphys/partikelkurs\\_de.html](https://www.dkfz.de/de/medphys/aus_und_weiterbildung_medphys/partikelkurs_de.html) heruntergeladen kann, gelesen und versichere mit meiner Unterschrift, die entsprechend genannten Voraussetzungen zu erfüllen.
- Ich habe die Hinweise zur Anwesenheit auf dieser Seite gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
- Ich habe die Stornobedingungen auf dieser Seite gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
- Ich habe die Hinweise zum Datenschutz auf dieser Seite gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### Optional:

- Ich möchte zukünftig per E-Mail über weitere Kursangebote des DKFZ im Bereich der Strahlentherapie im Rahmen des Heidelberg Instituts für Radioonkologie (HIRO) informiert werden.

Wie haben Sie von unserem Kurs erfahren (bspw. über den Medical Physics Newsletter oder den Newsletter der EFOMP, einen Veranstaltungskalender, per E-Mail, Social Media des DKFZ oder andere Marketing-Maßnahmen)?

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmer/in