**Gesuch um Vergabe von SPHD Credits für ein Fortbildungsangebot im Bereich Prävention und Public Health (Kongresse / Symposien / Vorträge / Workshops)**

*Beachten Sie: Dem Gesuch sind* ***Programm und Dozentenliste*** *beizulegen (Frist: 1 Monat vor Veranstaltung). Es ist* ***gebührenpflichtig*** *(CHF 250.-) und entschädigt den Aufwand für die Gesuchsprüfung und wird auch im Falle einer Ablehnung in Rechnung gestellt.*

**Angaben zum/r Antragsteller/in**

Organisation / Gesuchsteller/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art der Organisation: □ Klinik / medizinische Organisation

 □ Öffentliche Dienste (z.B. kantons-/schulärztlich)

 □ Krankenversicherer

 □ Pharma-Unternehmen

 □ Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zuständige Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zur Fortbildungsveranstaltung**

 *Grundsätzlich soll die Veranstaltung für alle Ärztinnen und Ärzten zugänglich sein. Ausnahmen bei nicht-öffentlichen Veranstaltungen sind zu begründen; SPHD-Mitglieder dürfen beim/r Organisator/in
einen Antrag um Teilnahme stellen.*

Öffentlich [ ]  nicht-öffentlich [ ]  Begründung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel der Fortbildung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum der Fortbildung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort der Fortbildung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

physisch [ ]  online [ ]  hybrid [ ]

*Wissenschaftliche Verantwortung muss bei einem/r Arzt/Ärztin liegen (Ausnahmen sind zu begründen)*:

Titel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FMH in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls kein/e Arzt/Ärztin, Begründung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Maximale Dauer des Fortbildungsangebots* (ohne Pausen, gesellschaftlicher Teil, etc.):

\_\_ Std \_\_ Min, davon praktische Übungen: \_\_ Std \_\_ Min; Workshops: \_\_\_\_ Std \_\_\_\_ Min

**Bestätigung und Unterschrift**

*Die Richtigkeit der Angaben bestätigt der/die Unterzeichnete mit seiner Unterschrift:*

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_