**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_