Gesuch um Vergabe von SPHD Credits für Fortbildungen Prävention und Public Health  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*hinweis:* *Beilagen: Dem Gesuch sind* ***Programm mit Ablauf und Inhalt sowie Dozentenliste*** *beizulegen.   
Einreichefrist:* ***30 Tage vor Fortbildung*** *(Prüfung Gesuch nur innerhalb dieser Frist garantiert)****Kosten: CHF 250.--*** *(Entschädigung für Prüfung des Gesuchs. Im Falle einer Ablehnung: CHF 125.--)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anstragsteller/in

|  |  |
| --- | --- |
| Organisation / Gesuchsteller/in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse, PLZ/Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechperson  (Vorname, Name) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mailadresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Art der Organisation | Wählen Sie ein Element aus. |

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Wählen Sie ein Element aus. | Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Titel der Fortbildung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Datum der Fortbildung | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Ort der Fortbildung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Setting | Wählen Sie ein Element aus. |
| Maximale Dauer der Fortbildung (exkl. Pausen, Apéro): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Wissenschaftliche Verantwortung

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

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Vorname Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| FMH in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Falls keine Ärztin / kein Arzt  Begründung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bestätigung und Unterschrift

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

Vorname, Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort/Datum: Unterschrift: