

Aanmeldingsformulier voor het volgen van opfrislessen voor anesthesiemedewerkers

Gegevens deelnemer

Voornaam: _____
 Achternaam: _____ Meisjesnaam: _____ m/v
 Adres: _____
 Postcode: _____ Plaats: _____
 Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____
 E-mail adres: _____
 NVAM lidmaatschapsnummer: _____ (i.v.m. aanvragen accreditatiepunten)

Ik ben aanwezig bij de volgende lessen (s.v.p. aanvinken wat van toepassing is):

<input type="checkbox"/> Pathologie: zwangeren	11-10-2019	13.25 - 15.05	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie: alg. heelkunde en lap.scop. ingrepen + Anesthesie: oncologie	15-10-2019	09.00 - 15.05	€ 60,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie/farmacologie: nierinsufficiëntie + endocriene stoornissen	16-10-2019	09.00 - 12.35	€ 40,-
<input type="checkbox"/> Pathologie: leverinsufficiëntie	17-10-2019	09.00 - 10.40	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie: preop. onderz. en keuze anesth.techn. + Anesthesie: inleiding	01-11-2019	09.00 - 15.05	€ 60,-
<input type="checkbox"/> Pathologie: verslavingen	05-11-2019	10.55 - 12.35	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie bij kinderen	05-11-2019	13.25 - 15.05	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie: sturing en onderhoud + locoreg. techn.	06-11-2019	09.00 - 15.05	€ 60,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie bij kinderen	07-11-2019	13.25 - 15.05	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie: uitleiding en postoperatieve pijnstilling	08-11-2019	13.25 - 16.10	€ 30,-
<input type="checkbox"/> Farmacologie: diuretica	11-11-2019	09.00 - 10.40	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie/farmacologie: geriatrische patiënt	12-11-2019	09.00 - 10.40	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie bij kinderen	13-11-2019	10.55 - 12.35	€ 20,-
<input type="checkbox"/> Farmacologie: antistollingsmiddelen	14-11-2019	09.00 - 12.35	€ 40,-
<input type="checkbox"/> Anesthesie: traumatologie	19-11-2019	09.00 - 11.45	€ 30,-
<input type="checkbox"/> Groot bloedverlies	10-12-2019	09.50 - 12.35	€ 30,-
<input type="checkbox"/> Shock	10-12-2019	13.25 - 16.10	€ 30,-

De rekening mag verstuurd worden aan:

Naam: _____
 Functie: _____
 Instelling: _____ Kostenplaats: _____
 Postcode: _____ Plaats: _____

Voor akkoord:

Vertegenwoordiger ziekenhuis

Handtekening deelnemer

