**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 der Veranstaltung*** *beizulegen (Frist: 1 Monat vor Veranstaltung. Es ist* ***gebührenpflichtig*** *und kostet CHF 200.--. Die Gebühr 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Website: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zur Fortbildungsveranstaltung**

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

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

*Wissenschaftliche Verantwortung*:

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

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

*Maximale Dauer des Fortbildungsangebots* (ohne Pausen und 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte leer lassen!

**Kreditpunkte: Visum:**