

Anmeldung zur **Anaphylaxiefortbildung** für Betreuungspersonen in Kindergärten und Schulen

(Bitte beachten Sie: **nicht für Eltern** zugelassen, für diese bieten wir spezielle Elternschulungen an)

Veranstalter: Förderkreis Schulung chronisch kranker Kinder und deren Betreuer e.V.
 Sitz: Charité Berlin CVK, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Ostring 1, 3. Etage
 Dozenten: FachärztInnen für Kinder und Jugendmedizin mit spezieller Ausbildung und Erfahrung im Krankheitsbild und im Bereich Patientenschulungen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher
 Thema: Anaphylaxieschulung für Erzieher und Lehrer
 Zielgruppe: Betreuungspersonen von Kindern und Jugendlichen mit Anaphylaxie in Kindergarten und Schule
 Inhalte: Praxisnahe Vermittlung über das Krankheitsbild Anaphylaxie, Symptomerkennung und Umgang mit dem Autoinjektor
 Umfang: 2 Stunden a 60 Minuten
 Ort: Kindertagesstätten und Schulen
 Teilnehmerzahl: maximal 20
 Kosten: 300,00 € pro Veranstaltung innerhalb Berlins (BVV-Zone AB), beinhaltet die Durchführung sowie An- und Abreisekosten (außerhalb Berlins Aufschlag nach Vereinbarung: _____ €)
 Zahlung: Nach der Veranstaltung erhält der Auftraggeber eine Rechnung ohne Mehrwertsteuer. Wir sind wegen Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege (nach §§ 51 ff. AO) nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid bzw. nach der Anlage zum Körperschaftsteuerbescheid des Finanzamtes für Körperschaften I Berlin, StNr. 665 / 66060., vom 10.08.2016 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit.
 Die Rechnung ist zahlbar innerhalb von 14 Tagen. (Steuernr.: 27/ 665/ 66060, IBAN: DE 2010 0900 0057 2147 9007)

Auftraggeber: Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **nach Klärung der Kostenübernahme** an uns (**FAX: 450 7566 447, patientenschulung@charite.de**) zurück. Danach melden wir uns bezüglich der Terminabsprache bei Ihnen.

Einrichtung: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Rechnung wird getragen zu _____ % von: _____, zu _____ % von _____

Ihre AnsprechpartnerIn für Rückfragen:

Name: _____ Telefon: _____ Email: _____

Name der betroffenen Familie: _____

Terminwunsch: _____ Termin (nach Absprache): _____

Bitte nicht ausfüllen

Datum und Unterschrift