**Anmeldung / *Inscription***

**Fortbildungskurs Technische Orthopädie für FMH-Kandidaten**

***Cours de formation Technique orthopédique pour candidats FMH***

**26./27.04.2018** (1½ Tage – 1½ jours)

Konferenzhotel Arte – Riggenbachstrasse 10 - 4600 Olten

**Orthopäden / Orthopädinnen haben Vorrang !** Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Die Anzahl Plätze ist auf 72 beschränkt. Voranmeldung und Vorauszahlung obligatorisch.

***La priorité est accordée aux médecins en orthopédie* !** Les inscriptions sont acceptées dans l’ordre d’arrivée. *Le nombre des places est limité à 72. Inscription et paiement préalables obligatoires.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[x]  Orthopäde, Orthopädin / médecin en orthopédie

[ ]  andere Fachgruppe / autre domaine spécialisé

[ ]  Ich bin für die FMH-Prüfung 2018 angemeldet und muss den APO-Kurs 2018 absolvieren

[ ]  Je suis inscrit à l’examen FMH 2018 et je dois suivre le cours de l’APO en 2018

[ ]  Gewünschte Sprache für Gruppenkurse: Deutsch

[ ]  *Langue souhaitée pour cours en groupes : Français*

**[ ]** Frau / *Madame* [ ]  Herr / *Monsieur*

Name / *Nom*       Vorname / *Prénom*

Adresse

PLZ, Ort / *NPA*, *Lieu*

Akad. Titel / *Grade universitaire*      Geburtsjahr / *Année de naissance*

Phone       Mobile       Fax E-mail

Datum / *Date*

\_

Kursgebühren von **CHF 400.--** bitte bis spätestens **6. April 2018** überweisen.

Die Anmeldung ist erst gültig und wird bestätigt wenn wir die Kurskosten erhalten haben.

*Les frais de cours de* ***CHF* 400.--** *sont à payer avant le* ***6 avril 2018.***

*L’inscription ne sera valable et confirmée qu’après le paiement des frais de cours.*

Bankverbindung / *Relation bancaire:*

IBAN CH97 0026 0260 5018 5240 U - BIC/SWIFT Code UBSWCHZH80A

Konto lautend auf / *compte au nom de:*

APO, c/o E. Rutz, Neuroorthopädie UKBB

Spitalstrasse 33, 4031 Basel

Formular bis spätestens **6.4.2018** einsenden an / *Retourner le formulaire avant le* ***6.4.2018*** *à :*

Secrétariat APO – Carmen Deillon – Rue des Vergers 22 – CH-2800 Delémont

E-Mail: info@a-p-o.ch / Fax +41(0)32 422 80 67