

## Anmeldung bis 31.05.2024

# Klinische Transfusionsmedizin zur Erlangung der Qualifikation als Transfusionsverantwortliche/r bzw. –beauftragte/r

---

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg –Hessen gemeinnützige GmbH  
Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie  
Professor Dr. Michael Müller-Steinhardt  
Institutsleitungs-Sekretariat: z. H. Frau N. Bauer  
Gunzenbachstraße 35  
76530 Baden-Baden  
Bitte per Email an [n.bauer@blutspende.de](mailto:n.bauer@blutspende.de) oder per Fax an 07221-214309.  
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Bauer, Tel: 07221/214-301.

---

## Anmeldung Klinische Transfusionsmedizin am Donnerstag, den 11. Juli 2024 und Freitag, den 12. Juli 2024

Hiermit melde ich mich für die Fortbildungsveranstaltung „Klinische Transfusionsmedizin“ verbindlich an. Veranstaltungsort: DRK- Blutspendedienst BaWü-He, Institut Baden-Baden, Gunzenbachstr. 35, 76530 Baden-Baden – Hörsäle E56/ E57

für Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte und Leiter von Blutdepots bzw. von blutgruppenserologischen Laboratorien, Teilnehmer-Gebühr 240,00 €

### Bitte unbedingt vollständig und leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
KH-Einrichtung/ Praxis: \_\_\_\_\_  
Straße/ Haus Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
EFN-Nr. Ärzte: \_\_\_\_\_

Für Ihre **verbindliche Anmeldung**:  
Die Teilnahmegebühr für die Fortbildung  
bitten wir bis **01.07.2024** auf das Konto der  
Stadtsparkasse Baden-Baden  
IBAN: DE 78 6625 0030 0006 040695  
SWIFT: SOLADES1BAD unter **Angabe  
Ihres Namens** und der **Kostenstelle 113001**  
„Klinische Transfusionsmedizin“ einzuzahlen.

.....  
**Ort, Datum, Unterschrift + Stempel der Klinik/ Krankenhauses**