**Request for credits**

**Demande d’attribution de crédits**

**Gesuch um Vergabe von Credits der SGNC**

**Applicant/Demandeur/Gesuchsteller:** Name/Nom/Name

Address/Adresse/Adresse

Affiliation/Affiliation/Mitgliedschaft

Tel./Fax       E-Mail

**Organisation/Organisation/Organisation:** Clinic/medicinal organisation

Clinique/organisation médicale

Klinik/medizinische Organisation

Pharmaceutical corporation

Entreprise pharmaceutique

 Pharmaunternehmen

 Other

 Autres

 Andere

Date/Location

Date/Lieu

Datum/Ort

**Titel of the further training/Titre de la manifestation/Titel der Fortbildung:**

**Scientific Responsibility/Responsable Scientifique/Wissenschaftliche Verantwortung:**

 Name/Nombre/Name

Address/Adresse/Adresse

Affiliation/Affiliation/Mitgliedschaft

Tel./Fax       E-Mail

**Duration of the further training/Durée de la manifestation/Dauer der Fortbildung:**

Number of half-days/Nombre de demi-journées/Anzahl Halbtage:

**Further information, Webpage/information, site web/weitere Informationen, Webseite:**

Please send the complete schedule with program as mail or letter post to:

Veuillez retournez le formulaire complété avec programme ci-joint à direction de:

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Gesuch mit Programm per E-Mail oder Post an:

Inselspital, Neurochirurgische Klinik, Herrn Prof. Dr. med. C. Pollo, Freiburgstrasse, 3010 Bern,
E-Mail: claudio.pollo@insel.ch

**Credits: Signature SGNC:**

**Credits: Signature SSNC:**

**Bestätigte Credits: Unterschrift SGNC:**