**Informationen zum Tutor**

**Fähigkeitsausweis Röntgenaufnahmen im niedrigen und mittleren Dosisbereich KHM**

**25.09.2023**

1. **PERSONALIEN**

**Herr [ ]**  **Frau** **[ ]**

**Name**       **Vorname**

**Privatadresse**       **PLZ / Ort**

**GLN-Nr.**       **Email**

**Weiterbildungstitel**

**Datum Erwerb FA Dosisintensives Röntgen**

\* alle Felder von «Personalien» sind obligatorisch

1. **TUTOREN POOL**

**Wünschen Sie auf in unserem Tutoren-Pool aufgenommen werden, damit wir Sie bei Bedarf zukünftigen Kandidaten empfehlen können?**

**[ ]  Ja, ich wünsche im Tutoren-Pool** **[ ]  Nein, ich möchte nicht im Experten-**

 **aufgenommen zu werden Pool aufgenommen werden**

***Mit der Unterschrift bestätigt Tutor/in, das Fähigkeitsprogramm (inkl. Ausführungsbestimmungen) gelesen zu haben, dieses zu akzeptieren sowie die darin erwähnten Bedingungen einzuhalten. Der Kandidat/die Kandidatin darf erst mit den Untersuchungen beginnen, wenn das Kursgeld bezahlt ist und er/sie vom Sekretariat KHM die Anmeldebestätigung (mit Bekanntgabe des Experten KHM) erhalten hat.***

***Diese Liste wird nicht an Drittpersonen weitergeleitet, sondern dient lediglich dem KHM, zukünftige Kandidaten welche keinen Tutor finden, zu beraten. Sie können Ihre Angaben jederzeit ändern oder ergänzen, indem Sie das Sekretariat kontaktieren (******khm@hin.ch******,
031 370 06 70).***

**Datum:**       **Unterschrift Tutor:**

 ****