**Kompetenzzentrum für Klinische Studien** 

**KKS LINZ**

**(KKS Linz)**

am Zentrum für Klinische Forschung (ZKF) Medizinische Fakultät

T +43 732 2468 3303

[kks-linz@jku.at](mailto:kks-linz@jku.at)

jku.at/med/kks-linz



Anmeldeformular

INTERNE UND EXTERNE SCHULUNGEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG KLINISCHER FORSCHUNGSPROJEKTE

Schulung ANmeldeformular

Das Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKS Linz) bietet für ForscherInnen interne und externe Schulungen für die Durchführung Klinischer Forschungsprojekte an. Für eine erfolgreiche Teilnahme an den Schulungen bitten wir Sie, dass vollständig ausgefüllte Anmeldeformular an folgende Email-Adresse [kks-linz@jku.at](mailto:kks-linz@jku.at) zu senden.

Wir beantworten Ihre Anmeldung nach Möglichkeit innerhalb von 2 Werktagen und übermitteln Ihnen bei Vorliegen aller erforderlichen Daten eine **Bestätigung** für die **verbindliche Anmeldung**.

Die Abhaltung einer Schulung ist an eine **Mindest- und Maximalteilnehmer\*innenzahl** gebunden, welche veranstaltungsabhängig definiert wird. Falls die Anzahl an erforderlichen Teilnehmer\*innen nicht erreicht wird oder eine Schulung aufgrund zu großer Nachfrage bereits ausgebucht ist, merken wir Sie gerne auf Wunsch für eine Schulung zu einem späteren Termin vor.

Die Teilnahme an der Schulung setzt die **Entrichtung einer Schulungsgebühr (1)** vor dem jeweiligen Schulungstermin voraus. Für interne Schulungsteilnehmer\*innen der Medizinischen Fakultät bzw. der JKU Linz wird die Schulungsgebühr durch eine interne Umbuchung beglichen. Alle anderen Schulungsteilnehmer\*innen erhalten mit der Anmeldungsbestätigung eine Rechnung, die noch vor Schulungsbeginn einbezahlt werden muss.

Im Falle einer Absage, ersuchen wir um eine zeitgerechte Bekanntgabe per Email (**mind. 2 Werktage vor Schulungsbeginn**). Bei Absage durch den\*die Teilnehmer\*in ist eine Rückerstattung der Schulungsgebühr ausgeschlossen. Allerdings kann alternativ die Teilnahme an einem Ersatztermin angeboten werden.

Im Rahmen Ihrer Anmeldung dürfen wir darauf hinweisen, dass Sie bitte nur jene personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Bearbeitung der Anfrage gemäß diesem Anmeldeformular erforderlich sind. Einzelheiten zur Verarbeitung sowie Archivierung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte der diesem Dokument beigelegten Datenschutzerklärung (FO013) gemäß DSGVO.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass auf die gegenständlichen Beratungsleistungen die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsarbeiten der Johannes Kepler Universität Linz zur Anwendung gelangen.

1. **HINWEIS:** In der Schulungsgebühr ist die Bereitstellung von entsprechendem Notizmaterial sowie das Teilnahme-Zertifikat enthalten.

Bei der Organisation von externen Schulungen durch das KKS Linz, richtet sich die Gebühr nach dem Aufwand der externen Referent\*in (Honorar und Reisekosten) inkl. einer Aufwandspauschale für die Organisation am KKS Linz.

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Person**  **Titel:**  **Vorname**:  **Nachname**:  **Email**:  **Telefon**:  **Organisation\***: | **Angabe der Rechnungsadresse**  **An:**  **z.H.**  **Straße/Hausnummer:**  **Postleitzahl:**  **Ort:** |

\*z.B.: JKU Linz, Universitätsklinik für Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie; JKU Linz, Institut für Physiologie & Pathophysiologie; Kepler Universitätsklinikum, Neurologie 2; JKU Linz, Forschungsinstitut; …

**Angaben für die Verrechnung**

(1) **Dienstnehmer\*innen** **der JKU** sowie **betraute Personen für Forschung und Lehre**

nach §29 (9) UG (z.B.: CSP/ACSP)

Unentgeltlich

Innenauftragsnummer/Kostenstelle: ……………………………

Rechnung

(2) **Mitarbeiter\*innen an einer Klinik** oder einem **Institut der KUK** – **Rechnung**

KUK-Innenauftragsnummer: …………………………………

(3) **Externe Kund\*innen** – **Rechnung**

Studierende

öffentliche Einrichtung

(z.B.: Fachhochschulen, Krankenhäuser, Allgemeinmediziner, …)

Privatwirtschaft / Industrie

Hinweis: Bei Rechnungslegung an die KUK ist ebenfalls der zu belastende KUK-Innenauftrag anzuführen.

**Genehmigung der Kostentragung**

(für Punkt 1 und 2) auszufüllen

Genehmigung der Kurskosten in der Höhe von: ……………………………

**Datum und Unterschrift der Genehmigung:** ………………………………

**Anmeldung zur Schulung**

ja, ich nehme verbindlich teil an:

**AMG/MPG/GCP-Basisschulung**

**Termine 2023:**

Kursname: GCP7-2023

Termin: 14.11.2023 und 16.11.2023 jeweils von 13:00 bis 17:00

Ort: Webinar via Zoom

Anmeldeschluss: 06.11.2023

**Termine 2024:**

Kursname: GCP1-2024

Termin: 20.02.2024 und 22.02.2024 jeweils von 13:00 - 17:00

Ort: JKU MED, Med. Campus I, Gebäude ADM, Krankenhaustraße 5, 4020 Linz

Anmeldeschluss: 12.02.2024

Kursname: GCP3-2024

Termin: 04.06.2024 und 06.06.2024 jeweils von 13:00 bis 17:00

Ort: Webinar via Zoom

Anmeldeschluss: 25.05.2024

Kursname: GCP5-2024

Termin: 10.09.2024 und 12.09.2024 jeweils von 13:00 bis 17:00

Ort: JKU MED, Med. Campus I, Gebäude ADM, Krankenhausstraße 5, 4020 Linz

Anmeldeschluss: 02.09.2024

Kursname: GCP7-2024

Termin: 19.11.2024 und 21.11.2024 jeweils von 13:00 bis 17:00

Ort: Webinar via Zoom

Anmeldeschluss: 12.11.2024

**AMG/MPG/GCP-Refresher**

**Termine 2023**

Kursname: GCP8-2023

Termin: 12.12.2022 von 13:00 bis 17:00

Ort: Webinar via Zoom

Anmeldeschluss: 04.12.2022

**Termine 2024**

Kursname: GCP2-2024

Termin: 12.03.2024 von 13:00 - 17:00

Ort: JKU MED, Med. Campus I, Gebäude ADM, Krankenhaustraße 5, 4020 Linz

Anmeldeschluss: 04.03.2024

Kursname: GCP4-2024

Termin: 30.07.2024 von 13:00 bis 17:00

Ort: Webinar via Zoom

Anmeldeschluss: 22.07.2024

Kursname: GCP6-2024

Termin: 29.10.2024 von 13:00 bis 17:00

Ort: JKU MED, Med. Campus I, Gebäude ADM, Krankenhausstraße 5, 4020 Linz

Anmeldeschluss: 21.10.2024

**Study Nurse/Studienkoordination Schulung**

Kursname: GCP8-2024

Termine: 14. & 16.05.2024 und 21. & 23.05.2024 jeweils von 13:00 bis 17:00

Ort: JKU MED, Med. Campus I, Gebäude ADM, Krankenhausstraße 5, 4020 Linz

Anmeldeschluss: 06.05.2024

Schulungskosten inkl. Unterlagen und Teilnahmezertifikat: ………. €

Ja, ich wünsche die Verbuchung von DFP-Fortbildungspunkten

ÖAK-Ärztenummer: ……………………….

**Datum, Unterschrift**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Hiermit bestätige ich die wahrheitsgemäße Angabe der oben angeführten Daten und stimme den Anmeldebedingungen sowie den beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsarbeiten der JKU ausdrücklich zu.

\* Pflichtfeld für eine erfolgreiche Anmeldung.