

---

## Seminarankündigung 2013

---

### III. Treffen des Netzwerks Frauen und Aids

#### Schwerpunktthema: Strukturtreffen

---

Termin:	06.09.2013, 17:00 Uhr bis 08.09.2013, 14:00 Uhr
Ort:	Köln
Zielgruppe:	Frauen mit und ohne HIV-Diagnose, die sich im Bereich "Frauen und Aids" engagieren (wollen)
Leitung:	Ines Lehmann
Referent/in:	Heidi Sobotta
Teilnehmer/innenzahl:	18
Teilnahmekosten:	20,00 €
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Jens Carstensen, Tel.: 030/690087-29
Anmeldeschluss:	05.07.2013
Seminarkennnummer:	<b>3F-3192</b>

---

Diese Fortbildung dient dazu, sich über Neues und Wichtiges rund um das Thema „Frauen und Aids“ zu informieren, politisch zu arbeiten und Erfahrungen über die Netzwerkarbeit auszutauschen. Zugleich ermöglicht sie themenzentriertes Arbeiten mit Frauen, die gleiche Interessen oder eine ähnliche Lebensgeschichte haben. Solche Arbeitsgemeinschaften gibt es z.B. zu den Themen Migration, Internationales und Familie.

#### Informationen zum Schwerpunktthema:

Während wir bei den thematischen Treffen zu bestimmten Themen arbeiten, organisieren wir bei diesem Treffen unsere Arbeit als Netzwerk. Unsere Schwerpunkte liegen daher in der strukturellen Weiterentwicklung, in der Öffentlichkeitsarbeit und in der Jahresplanung für 2013. Weitere Themen werden die Redaktion der DHIVA und die Zusammenarbeit mit der DAH sein.

---

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Unterbringung erfolgt im Doppelzimmer. Fahrtkosten werden nur bis zur Höhe eine Fahrkarte II. Klasse oder dem kostengünstigsten Angebot der DB gegen Antrag erstattet, lokale Fahrtkosten können nicht erstattet werden. Pkw-Fahrten werden mit 0,20 €/km berechnet. Die Anmeldebestätigung wird ca. 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn verschickt.

**Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich!**

**Anmeldeformular** (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeitende in den Themenwerkstätten 1  
**Datum:** 28. - 30.06.2013  
**Ort:** Berlin  
**Seminarkennnummer:** 4.H.3338  
**Teilnahmebeitrag:** keiner

Ich bin MitarbeiterIn in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung:

Teilnahmezusage, Anreiseskizze und Seminarunterlagen (oder Absage, falls ausgebucht) erbitte ich an folgende Postanschrift (bitte Druckbuchstaben):

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnr.:

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Darf die Telefonnummer auf der Anmelde-Liste, die vorab allen TeilnehmerInnen zugesandt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

Ja  Nein

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

Dauer der Mitarbeit in der AIDS-Hilfe/ Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ich arbeite als: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Berufserfahrung: \_\_\_\_\_

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungen für fortgeschrittene MitarbeiterInnen bitte folgende Frage beantworten (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden):

Ich habe folgende Einsteigerschulung und Seminare besucht (Datum, Ort, Veranstalter):

Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgende Teilnahmegebühr für o.g. Veranstaltung:

Betrag in Euro \_\_\_\_\_ keiner \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verfügungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ich zahle die Teilnahmegebühr per Überweisung auf das Konto 070 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin BLZ 100 906 03.

Bei Überweisungen bitte die Seminarkennnummer als Verwendungszweck angeben!

Für mich **muss** eine Substitution organisiert werden. Ich werde substituiert mit \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ mg L-Polamidon/ Methadon. Name und Adresse des vor Ort substituierenden Arztes werden mir mit der Teilnahmezusage mitgeteilt. Ich selbst werde dann veranlassen, dass mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechtzeitig das entsprechende BtM-Rezept mit Mengenangabe zukommen lässt.

Ich benötige während der Veranstaltung eine ärztliche Betreuung, und zwar:

Ich melde zusätzlich folgende Kinder an/ Kinderbetreuung wird benötigt:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Sollte ich aus unvorhergesehen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, umgehend die Anmeldung schriftlich zu stornieren, damit mein Seminarplatz an eine/n NachrückerIn vergeben werden kann. Die Hinweise der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der DAH – insbesondere die für eine Abmeldung – sind mir bekannt und werden von mir anerkannt (siehe „Hinweise zur Teilnahme“ Veranstaltungskalender der DAH oder veröffentlicht in jedem Anhang des Rundbriefes). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnahmegebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berücksichtigt wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung