

An den
Deutschen Fachverband Reisemedizin e. V.

Fax 0211-520 25 83

Antrag auf Zuerkennung des Basiszertifikates Reisemedizinische-Gesundheitsberatung

des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e. V.

Ich beantrage die Ausstellung eines Basiszertifikates Reisemedizinische-Gesundheitsberatung.
(Für Mitglieder des DFR werden keine Kosten erhoben.)

.....
Name

.....
Vorname, Titel

.....
Facharzt (Gebiets-)bezeichnung(en)

.....
Zusatzbezeichnung(en),(Bereich((e)))

.....
Anschrift: Straße

.....
PLZ

.....
Ort

.....
DFR- Mitgliedsnummer

.....
Telefon

.....
Fax

.....
E-Mail

- Ich bin nicht Mitglied des DFR und beantrage die Mitgliedschaft vor Zertifizierung
(Mitgliedsbeitrag: 60,00 €/Jahr)
Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag von meinem u. g. Konto ab.

Nur für Mitglieder:

- Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des DFR
unter www.fachverband-reisemedizin.de einverstanden.

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- ✓ Kopie der Approbationsurkunde
- ✓ Nachweis über die Teilnahme an einer vom DFR anerkannten präventiv-reisemedizinischen
Fortbildung von insgesamt 32 Stunden Dauer mit Leistungsnachweis (anerkanntes Zertifikat)

Ich versichere, obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.
Das als Anlage beigefügte Dokument zur Verfahrensweise habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Nur für Nichtmitglieder:

Ich erteile hiermit den Abbuchungsauftrag für die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 46,00 €
(oder ggf. Mitgliedsbeitrag)
von meinem Konto bei der

BLZ..... Konto Nr.

.....
Ort, Datum, Unterschrift