

An den
Deutschen Fachverband Reisemedizin e. V.

Fax 0211-520 25 83

Antrag auf Zuerkennung des Fachzertifikates „Reisemedizin (DFR)“

des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e. V.

Ich beantrage die Zuerkennung des Fachzertifikates „Reisemedizin (DFR)“.

.....
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 beigelegt:

- Kopie der Approbationsurkunde
 Nachweis über die Teilnahme an der vom DFR anerkannten präventiv-reisemedizinischen
Fortbildung von insgesamt 120 Stunden Dauer mit Leistungsnachweis

Ich versichere, obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich erteile hiermit den Abbuchungsauftrag für die Bearbeitungsgebühr (und ggf. Mitgliedsbeitrag)

DFR-Mitglieder 40,00 €

Nichtmitglieder 70,00 €

von meinem Konto bei der

BLZ..... Konto Nr.

.....
Ort, Datum, Unterschrift