

An den  
Deutschen Fachverband Reisemedizin e. V.  
Fax 0211-520 25 83



## Antrag auf Zuerkennung des Tauchsportzertifikates

des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e. V.  
und der Deutschen Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin

Ich beantrage die Ausstellung des o. g. Zertifikates

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Facharzt (Gebiets-)bezeichnung(en)

\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung(en), (Bereich(e))

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

DFR Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem von dem DFR und GTÜM anerkannten Lehrabschnitt Tauchsportmedizin (6 Stunden) (Kopie der Teilnahmebescheinigung)
- Kopie der Approbationsurkunde

Die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 20,00 € soll von meinem Bank-Konto abgebucht werden.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Konto Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_