

An den
Deutschen Fachverband Reisemedizin e. V.

Fax 0211-520 25 83

Antrag auf Verlängerung des Fachzertifikates Reisemedizin (DFR)

des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e. V.

Ich beantrage die Verlängerung 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 vor Re-Zertifizierung die Mitgliedschaft (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.

- Die Refreshernachweise nach den Vorgaben des DFR (s. Anlage) habe ich beigelegt.**

Ich versichere, obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

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

DFR-Mitglieder 15,00 € Nichtmitglieder 30,00 €

von meinem Konto bei der

BLZ..... Konto Nr.

.....
Ort, Datum, Unterschrift