

Antrag auf Zuerkennung des Tauchsportzertifikats der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin

E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de

An die
 Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
 Graf-Adolf-Straße 69
 40210 Düsseldorf

- Ich bin nicht Mitglied der DFR, möchte aber die Mitgliedschaft hiermit beantragen und bin bereit, die jährlichen Mitgliedschaftsbeiträge in der jeweils geltenden Höhe zu entrichten.
 120 € regulär | Studenten 20 €* | Ruheständler 80 €* pro Jahr
 *Nachweis erforderlich

Ich beantrage die Zuerkennung des Zertifikats für Tauchsport-Tauglichkeitsuntersuchungen:

.....

Name	Vorname	Titel
Facharzt-(Gebiets-)bezeichnung/en		Geburtsdatum
Zusatzbezeichnung/en (Bereich/e)		
Schwerpunkt/e		
Straße/Hausnr.		PLZ/Ort
Telefon	Fax	E-Mail

.....

Nachweise über erfüllte Voraussetzungen (in Kopie beigefügt)

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem von der DFR und GTÜM anerkannten Lehrabschnitt Tauchsportmedizin (6 Stunden)
 Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem 32-stündigen Basisseminar

Kosten 20,00 Euro

Zahlung per Überweisung per Lastschrift*

***SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZZ00000493231

Kontoinhaber:

IBAN: DE _ _ _ _ _

Kreditinstitut:

die Bankverbindung liegt der DFR-Geschäftsstelle vor

nur für Mitglieder

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

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit der Verwendung der oben angegebenen Daten durch die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. erkläre ich mich hiermit einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....
 Ort, Datum, Unterschrift