Deutsche Fachgesellschaft für
REISEMEDIZIN e.V.
German Society for Travel Medicine

Antrag auf Zuerkennung des Basiszertifikates „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“

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 (Stand: 01.10.2022)
*Nachweis erforderlich

Ich beantrage die Zuerkennung des Basiszertifikates „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“:

.....
Name Vorname Titel

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

.....
Zusatzbezeichnung/en (Bereich/e)

.....
Schwerpunkt/e

.....
Straße/Hausnr. PLZ/Ort

.....
Telefon Fax E-Mail

Nachweis über erfüllte Voraussetzung (in Kopie beigefügt)

☑ Nachweis über die Teilnahme an einer von der DFR anerkannten präventiv-reisemedizinischen Fortbildung von 32 Stunden Dauer mit Leistungsnachweis

Kosten ❑ für DFR-Mitglieder kostenlos ❑ für Nichtmitglieder 46,00 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.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum, Unterschrift