

## Antrag auf Zuerkennung des Zertifikats „Primärversorgung in den Tropen“

E-Mail: [gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de](mailto: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: 1.10.2022)  
 \*Nachweis erforderlich

Ich beantrage die Zuerkennung des Zertifikats „Primärversorgung in den Tropen“:

.....

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 beigelegt)

- Nachweis über das Basiszertifikat Reisemedizin  
 Nachweis Kursweiterbildung „Primärversorgung in den Tropen“  
 Nachweis einer mindestens 4-wöchigen Tätigkeit in einer Gesundheitseinrichtung in den Tropen und Subtropen in Form eines Berichts über die praktische Tätigkeit

**Kosten**     für DFR-Mitglieder 30 Euro         für Nichtmitglieder 50 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](http://www.fachgesellschaft-reisemedizin.de) einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....  
 Ort, Datum, Unterschrift