

# Antrag auf Zuerkennung des Fachzertifikates „Reisemedizin (DFR)“ der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.

E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de

An die  
Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.  
Ottobrunner Straße 28  
82008 Unterhaching

- 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 Fachzertifikates „Reisemedizin (DFR)“:

Name Vorname Titel

Facharzt-(Gebiets-)bezeichnung/en Geburtsdatum

Zusatzbezeichnung(en) (Bereich/e)

## **Schwerpunkt/e**

Straße/Hausnr.  PLZ/Ort

### **Nachweis über erfüllte Voraussetzung** (in Kopie beigefügt)

- Nachweis über die Teilnahme an einer von der DFR anerkannten präventiv-reisemedizinischen Fortbildung von insgesamt 128 Stunden Dauer mit Leistungsnachweis gemäß Curriculum

**Kosten**  DFR-Mitglieder 40,00 Euro  Nichtmitglieder 70,00 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:

Kontinuierl. ....

IBAN: DE

Kreditinstitut:

die Bankverbindung liegt der DEP-Geschäftsstelle vor

□ Ich bin mit de

- reisemedizin.de einverstanden.