

Antrag auf Zuerkennung des Zertifikates „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)“

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 o.g. Zertifikates:

Name _____ Vorname _____

.....

Facharzt-(Gebiets-)bezeichnung/en

Geburtsdatum

Zusatzbezeichnung/en (Bereich/e)

Schwerpunkt/e

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Nachweis über erfüllte Voraussetzungen (in Kopie beigefügt)

- Kopie der Urkunde „Facharzt für Arbeitsmedizin“ oder „Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin“
 - Nachweise über die Teilnahme an den von der DFR anerkannten reisemedizinischen Fortbildungen mit Leistungsnachweisen:
 - Basiskurs (32 Stunden – ggf. mit Refresher-Nachweisen) und
 - Aufbaumodule 6 + 12 (Internationale Arbeitseinsätze und Langzeitaufenthalte sowie Gesundheitsstörungen bei Reise-Rückkehrern)

Kosten DFR-Mitglieder 40,00 Euro Nichtmitglieder 60,00 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.

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