

Antrag auf Verlängerung 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 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 einem Refresher-Seminar (8 Stunden)

Kosten DFR-Mitglieder 15,00 Euro Nichtmitglieder 30,00 Euro

Zahlung per Überweisung

□ Nichtmitglieder 30,00 Euro

Zahlung per Überweisung

per Lastschrift*

Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZZ00000493231

Kontoinhaber:

IBAN: DE

Willst du Mitglied werden?

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift