



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

E-Mail: [gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de](mailto: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 beigelegt)

☒ Nachweis über die Teilnahme an einem Refresher-Seminar (8 Stunden)

### Kosten

☐ DFR-Mitglieder 15,00 Euro

☐ Nichtmitglieder 30,00 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](http://www.fachgesellschaft-reisemedizin.de) einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift