



Ziele der Fachgesellschaft

Verbesserung der reisemedizinischen
 Beratung und Betreuung von Reisenden

Hansaallee 299 | D-40549 Düsseldorf
 Telefon: 0211-520 25 81
 Fax: 0211-520 25 83
 E-Mail: info@fachgesellschaft-reisemedizin.de
www.fachgesellschaft-reisemedizin.de

www.fachgesellschaft-reisemedizin.de



Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. (DFR)

- Weiterentwicklung der Qualitätsstandards für die reisemedizinische Beratung und assistenzmedizinische Betreuung von Reisenden
- Stärkere Integration reisemedizinischer Inhalte in die bestehende Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und ärztlichen Assistenzberufen
- Fortentwicklung unseres gestuften reisemedizinischen Fortbildungskonzeptes für Ärzte mit der Möglichkeit einer Zertifizierung
- Verankerung reisemedizinischer Inhalte in Forschung und Lehre
- Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen bei reisemedizinisch relevanten Forschungsvorhaben
- Aufklärung der Öffentlichkeit über Gesundheitsrisiken auf Reisen und Angebote qualifizierter Vorsorgeberatung

- Wissenschaftliche Jahrestagungen
- Erich-Kröger- und Klaus-Jörg-Volkmer Förderpreis für Reisemedizin
- Zertifikate



- Aktuelle Publikation der DFR:



Wir laden Sie ein, Mitglied bei uns zu werden.

Fax: 0211/520 25 83

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
Geschäftsstelle Hansaallee 299 | 40549 Düsseldorf

Die DFR hat derzeit 880 Mitglieder (Stand 01/15).



Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 90,-
(für Studenten EUR 20,-) pro Jahr*.
Als Mitglied der Deutschen Fachgesellschaft
für Reisemedizin e.V. erhalten Sie kostenlos
die 6 x pro Jahr erscheinende Fachzeitschrift
"Flugmedizin / Tropenmedizin / Reisemedizin",
die der DFR und auch anderen reise-
medizinisch relevanten Gesellschaften und
Verbänden als Verbandsorgan
dient.

* Stand 1.1.2015



Werden Sie Mitglied bei uns!



Deutsche Fachgesellschaft für



REISEMEDIZIN e.V.
German Society for Travel Medicine

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die **Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.**

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

--	--	--	--

Titel Vorname Nachname Geburtsdatum

Ich bin: Facharzt für _____
 Student (jährlicher Nachweis einer Studienbescheinigung erforderlich)

--	--	--

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

--	--	--

Telefon Fax E-Mail

--	--	--

Homepage

Der Mitgliedsbeitrag soll von meinem Konto* abgebucht werden.

Kontoinhaber	
--------------	--

--	--

IBAN BIC

--	--

Kreditinstitut

* 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: DE26ZZ00000493231

Diese Erklärung gilt bis auf weiteres. Ein Widerruf wird schriftlich erfolgen.

--	--	--

Ort Datum Unterschrift