



Antrag auf Verlängerung 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.
Graf-Adolf-Straße 69
40210 Düsseldorf

- 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.
90 € regulär | Studenten 20 €* | Ruheständler 60 €*
pro Jahr (Stand: 1.1.2019)
*Nachweis erforderlich

Ich beantrage die Verlängerung des Fachzertifikates „Reisemedizin (DFR)“:

.....

| | | |
|-----------------------------------|---------|--------------|
| 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 Voraussetzungen (in Kopie beigelegt)

- entweder* Besuch einer Jahrestagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin
und Besuch einer 1-tägigen als „Refresher“ ausgeschriebenem reisemedizinischen Veranstaltung
oder einer weiteren Jahrestagung der DFR.
- oder* Besuch eines, von der DFR anerkannten, 2-tägigen reisemedizinischen Refresher-Seminars
und 8 Stunden reisemedizinische Fortbildung
- oder* 30 Stunden reisemedizinische Fortbildung

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 einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum, Unterschrift