

An die  
Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V.  
Graf-Adolf-Str. 69  
40210 Düsseldorf

Fax 0211-520 25 83

## Antrag auf Verlängerung des Basiszertifikates Reisemedizinische-Gesundheitsberatung

Ich beantrage die Verlängerung des Basiszertifikates Reisemedizinische-Gesundheitsberatung.

.....  
Name Vorname Titel

.....  
Facharzt-(Gebiets-)bezeichnung(en)

.....  
Zusatzbezeichnung(en),(Bereich((e)))

.....  
Anschrift: Straße PLZ Ort

.....  
DFR- Mitgliedsnummer Telefon Fax E-Mail

### Nachweise über erfüllte Voraussetzungen:

- Nachweis über die Teilnahme an einem von der DFR anerkannten Refresherseminar (8 Stunden)

### Kosten:

Basiszertifikat Verlängerung für DFR-Mitglieder: 0,00 € - für Nichtmitglieder: 30,00 €

- Ich bin nicht Mitglied der DFR, möchte diese Mitgliedschaft aber hiermit beantragen und bin bereit, die jährlichen Mitgliedschaftsbeiträge in der jeweils geltenden Höhe zu entrichten.

Die fälligen Beträge bitte  vom Konto abbuchen\*  in Rechnung stellen

**\*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 (Name und BIC) .....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift