



Antrag auf Ausstellung des DTG-Zertifikates „Arbeitsaufenthalt in den Tropen“

Absender:

Titel, Vorname, Name: _____

Arzt/ Facharzt für: _____

Anschrift (Praxis/ Institution/ Firma):

Tel: _____, Fax: _____

E-Mail: _____

(Wird vertraulich behandelt, für Rückfragen ggfs. unbedingt erforderlich.)

An
DTG Geschäftsstelle c/o Bernhard-Nocht-Institut
Frau Rune
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg

Fax: 040 3567 4092

Mail: dtg@bnitm.de

Ich habe vom _____ bis _____ folgenden Kurs
_____ in

_____ erfolgreich besucht.

Bitte Kursbescheinigung mitsenden.

- () Ich beantrage das DTG-Zertifikat „Arbeitsaufenthalt in den Tropen“
- () Ich beantrage die Verlängerung meines DTG-Zertifikats „Arbeitsaufenthalt in den Tropen“ vom _____ (Monat / Jahr).

(für die Verlängerung ist nur ein Reisemedizin-Refresherkurs erforderlich*)

- () Ich erkläre mich einverstanden, dass die DTG meine oben angegebene Adresse auf ihrer Homepage in der Liste der reisemedizinisch zertifizierten Ärzte veröffentlicht (www.dtg.org).

Ort, Datum

Unterschrift

