



An
DTG Info-Service, Zertifikate
c/o Tropeninstitut München
Frau Thomschke
Leopoldstr. 5
80802 München

Fax: +49 89 336112
Mail: dtg@lrz.uni-muenchen.de

Absender:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Geb. Datum**): _____

Arzt/ Facharzt für: _____

Anschrift (Praxis/ Institution/ Firma):

Tel: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

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

Ich habe vom _____ bis _____

folgenden Kurs _____

in _____, veranstaltet von

_____, erfolgreich besucht.

Ich beantrage das **DTG-Zertifikat "Reisemedizin"**

Ich beantrage die **Verlängerung meines DTG-Zertifikats "Reisemedizin"**

vom _____ (Monat / Jahr).

Ich bin Mitglied der DTG, Mitgliedsnummer (wenn bekannt) _____

Bitte nächste Seite beachten!

Für die Zertifikatsausstellung wird pro Zertifikat eine Gebühr von **30,00 €**
(**20,00 € für DTG-Mitglieder**) erhoben.

Der Betrag ist an folgende Bankverbindung zu überweisen:

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin
IBAN DE 77 2008 0000 0500 4949 00
Kto Nr. 0500 49 49 00, BLZ 200 800 00, Commerzbank AG, 20345 Hamburg
BIC: DRESDEFF200

Nach Eingang des Betrages wird das Zertifikat und eine Zahlungsbestätigung per Post zugeschickt.

- 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).

- Gelbfieberimpfstelle* (**Nachweis beifügen**)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

- *) Genehmigung für eine Gelbfieberimpfstelle erteilen die zuständigen Landesbehörden, nicht die DTG
- ***) Das Geb. Datum dient der zweifelsfreien internen Zuordnung der Daten zu den Kursbescheinigungen. Es wird nicht veröffentlicht.