

Antrag Re-Zertifizierung „Kniechirurg“/„Kniechirurgin“

Akad. Grad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift (dienstlich)

Anschrift (privat)

Klinik/Praxis

Abteilung

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Land

Telefon

E-Mail

Zertifizierung vom:

Datum:

Teilnahme am DKG Jahreskongress:

Datum:

Datum:

Modulkurs/Expertenkurs:

Datum:

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt, die erforderlichen Bescheinigungen liegen dem Antrag bei.

Ich bin damit einverstanden auf der Homepage der DKG zur Expertensuche gelistet zu sein.

Die Zertifizierung erfolgt für 5 Jahre und bedarf anschließend einer erneuten Re-Zertifizierung.

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift