

Antrag für die Zertifizierung „Kniechirurg“ / „Kniechirurgin“

Akad. Grad:

.....

Name:

Vorname:

.....

.....

Geburtsdatum:

.....

Anschrift (dienstlich)

Anschrift (privat)

Klinik/Praxis

.....

Abteilung

.....

Straße/Hausnr.

.....

PLZ/Ort

.....

Land

.....

Telefon

.....

E-Mail

.....

Mitglied:

Ja

Nein

.....

Facharztanerkennung für:

Datum:

.....

.....

Zusatzqualifikation für:

Datum:

.....

.....

Absolvierte Kurse des Kurrikulums:

- Modul 1 am in
- Modul 2 am in
- Modul 3 am in
- Modul 4 am in
- Modul 5 am in
- Modul 6 am in

Teilnahme am DKG Jahreskongress im Jahr:
.....

Ich bin damit einverstanden als Zertifizierte(r) Kniechirurg/
Kniechirurgin auf der Homepage der DKG genannt zu werden. Ja Nein

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

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

.....
Ort/Datum Unterschrift

Gebühren:

Sollten Sie kein Mitglied der DKG sein, entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 400€.