

DEGUM Geschäftsstelle
Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Name Vorname Titel	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon privat	Telefon beruflich
E-Mail	
Stellung in der Klinik / niedergelassen seit	

Den vollständigen Antrag senden Sie bitte an: zertifizierung@degum.de

geprüft
Geschäftsstelle

1.	<p>Nachweis einer Ausbildertätigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ in der Klinik ▶ durch Kurse ▶ durch Vorträge <p><i>! Bitte Teilnahmebescheinigungen, ggf. Kopie der Flyer beilegen.</i></p>									
2.	<p>Nachweis von 30 CME-Punkten aus Fortbildungsveranstaltungen mit sonographischen Inhalten (aus den vergangenen 6 Jahren).</p> <p><i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>									
3.	<p>Bitte überweisen Sie die Bearbeitungsgebühr von 50 € unter dem Verwendungszweck: <i>Name, Rezert Stufe II KL PÄD</i></p>	<table border="1"> <tr> <td>Geldinstitut</td> <td>Postbank Stuttgart</td> </tr> <tr> <td>Empfänger</td> <td>DEGUM e.V.</td> </tr> <tr> <td>IBAN</td> <td>DE55 6001 0070 0177 2227 07</td> </tr> <tr> <td>BIC</td> <td>PBNKDEFF</td> </tr> </table>	Geldinstitut	Postbank Stuttgart	Empfänger	DEGUM e.V.	IBAN	DE55 6001 0070 0177 2227 07	BIC	PBNKDEFF
Geldinstitut	Postbank Stuttgart									
Empfänger	DEGUM e.V.									
IBAN	DE55 6001 0070 0177 2227 07									
BIC	PBNKDEFF									
Ort Datum		Unterschrift								