

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
--

geprüft  
Geschäftsstelle

1.	Es wurden <b>jährlich</b> selbständig mindestens 800 Sonographien durchgeführt. (Befunde und Bilddokumentationen sind auf Verlangen der Sektion vorzulegen.) <i>! Bitte Chefarztbestätigung beilegen.</i>	Anzahl im vergangenen Jahr:	
----	--	-----------------------------	--

2.	Nachweis über mindestens 54 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren (durchschnittlich 9 pro Jahr) durch Teilnahme an urosonographischen Fortbildungsveranstaltungen/Kongressen. (z.B. DEGUM/DGU) <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i>		
----	--	--	--

3.	Aktuelle Geräteausstattung	1.		
		2.		
		3.		

4.	Bitte überweisen Sie die <b>Bearbeitungsgebühr</b> von 50 € unter dem Verwendungszweck: <i>Name, Rezert Stufe I URO</i>	Geldinstitut Postbank Stuttgart Empfänger DEGUM e.V. IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07 BIC PBNKDEFF	
----	--	---	--

Ort   Datum
-------------

Unterschrift
--------------