

Titel

Vorname

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

DGINA Mitglied

DGINA Mitgliedsnummer

Berufsbezeichnung

Klinische Erfahrung in der Notfallmedizin in Jahren:

Weiterbildungsstand: Bitte Urkunde (Approbation/Urkunde)

PreClinScan Urkunde

Nachweis über Teilnahme an einem preClinScan Kurs als Instructor Candidate  
(Bitte Nachweis des/der Kursleiterin anfügen)

Bearbeitungsgebühr: €60,00 inkl. MwSt.\*

\*Die Rechnung erhalten Sie nachdem das Formular bei uns eingegangen ist.

**Vom Gutachter auszufüllen:**

Unterlagen vollständig und richtlinienkonform

Unterlagen unvollständig und/oder nicht richtlinienkonform

Begründung:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an: [office@dginaservices.de](mailto:office@dginaservices.de)