



**DGS Qualifikation Schwerpunkt Palliativmedizin
Antrag auf Verlängerung der Anerkennung
für das Jahr 2021**

Frau/Herr _____

Tel-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

Praxisadresse: _____

Jahr der Prüfung: _____

Gemäß Ziffer 5 der gemeinsamen Richtlinien von DGS für die Zusatzweiterbildung
Qualifikation Schwerpunkt Palliativmedizin DGS für das Jahr 2021

erhalten Sie Nachweise über:

1.

Teilnahme an anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens 20 Kreditstunden im letzten Jahr an mindestens zwei verschiedenen Veranstaltungen im letzten Jahr

Die Bearbeitungsgebühr für diesen Verlängerungsantrag beträgt 26 EUR.

Abgabefrist läuft am 31. März des laufenden Jahres aus

Ich habe am ... die Gebühr auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V., IBAN DE39 5007 0024 0402 0053 00, (bitte Namen und Kennwort „Rezert /Palliativmedizin-2021“) überwiesen.

** Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (Kopien) bei.*

Antrag eingereicht: _____

Datum:

Unterschrift:
