



**DGS Qualifikation Schwerpunkt Palliativmedizin
Antrag auf Verlängerung der Anerkennung
für das Jahr 2020**

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 2020

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 Schmerztherapie e.V. bei der Deutschen Bank 24, BLZ 500 700 24, Kto.-Nr. 40 200 53, IBAN DE39500700240402005300, BIC DEUTDE33HAN (bitte Namen und Kennwort „Rezert/Palliativmedizin-2020“) überwiesen.

* Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (Kopien) bei.

Antrag eingereicht: _____

Datum:

Unterschrift:
