



Zertifikat

Operative Extremitäten- rekonstruktion

der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion e.V.

Antrag zur Erlangung des Zertifikats „Operative Extremitätenrekonstruktion“ der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und Rekonstruktion (GEVR) e.V.

(Antrag bitte elektronisch versenden an zertifikat@gevr.de)

Anrede _____ (Frau, Herr, div.)
Titel _____ (-, Dr., Priv.-Doz. Dr., Prof. Dr.)
Vorname _____
Name _____
Position _____ (Assistenzarzt, Facharzt, Oberarzt,
Chefarzt, sonstiges)
Institution _____
Straße _____
PLZ/Ort _____ / _____
Telefon _____
E-Mail _____

Rekonstruktive Erfahrung _____ (in Jahren: <1, 1-3, 3-6, >6)

Letzte **Teilnahme** am **Kongress** der GEVR e.V. im Jahr _____

Ich bin **Mitglied** der GEVR e.V.

Ich akzeptiere die **Widerrufsbedingungen**

Ich bin damit einverstanden, als **zertifizierte(r) Chirurg(in)** für operative Extremitätenrekonstruktion auf der **Webseite** der GEVR e.V. aufgeführt zu werden

Die **Zertifizierung** erfolgt für **5 Jahre** und bedarf **anschließend** einer **Re-Zertifizierung**.

Ort, Datum

Unterschrift