

Bitte füllen Sie alle Felder aus! Das ausgefüllte Formular senden Sie bitten mit den notwendigen Bescheinigungen an die Geschäftsstelle der AGUB. Vielen Dank!

Re - Zertifizierung nach Stufe AGUB I Facharzt



Geschäftsstelle der AGUB e.V.
Hainbuchenstr. 47
82024 Taufkirchen

Persönliche Daten

Ihre Mitgliedsnummer:	
Anrede:	
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Arbeitsstätte/Adresse

Klinik/Praxis:	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Tel:	
Fax:	
Mobil:	
E-Mail:	
Studium:	
Promotion:	

FA-Weiterbildung:	(Bitte fügen Sie die Kopie Ihrer Facharzturkunde für Gynäkologie und Geburtshilfe bei)
weiterer beruflicher Werdegang	
derzeitige Stellung	

Forschung und Lehre

Bitte nennen Sie 6 spezifische Veranstaltungen, davon mindestens 3 zertifizierte durch nationale oder internationale Gesellschaften, an denen Sie teilgenommen haben.

Veranstaltung/wissenschaftlicher Leiter	Nationale oder internationale Gesellschaften
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Die Kopien der Teilnahmebescheinigungen sind zwingend beizulegen.

Therapien

Nachweis der Tätigkeit im Bereich Urogynäkologie mit konservativer und/oder operativer Ausrichtung

Diagnostik

Nachweis der Tätigkeit im Bereich Urogynäkologie mit konservativer und/oder operativer Ausrichtung

--

Ort, Datum

Unterschrift