



Antrag auf Zertifizierung einer urogynäkologischen Veranstaltung

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

Hiermit beantrage(n) ich / wir die Zertifizierung der folgenden **urogynäkologischen Fortbildungsveranstaltung**:

Veranstaltungstitel:			
Themen:			
Referenten:			
Beginn:			Ende:
Veranstaltungsort:			
Wiss. Leitung:	AGUB III :		
	AGUB II (extern) :		
Kursgebühren:			
Anschrift des Veranstalters:			
Rechnungsanschrift:			
Kontaktperson:			
Telefon:			Telefax:
Email:			Internet:
Programm: In Anlage beigelegt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> (Bitte beachten Sie, dass wir das Kursprogramm nur auf unserer Homepage einstellen können, wenn wir dieses in digitalisierter Form erhalten.)			

Fortbildungspunktzahlen (CME): _____ **der zuständigen Ärztekammer:** _____

Sponsoren und Aussteller: _____

Beantragtes Zertifikat: *Unter der Schirmherrschaft der AGUB* *Von der AGUB anerkannt*

Ort, Datum

Unterschrift