



Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich Facharzt für Augenheilkunde bin - seit:
- ich hauptamtlich am o.g. Zentrum tätig bin.
- meine Wochenarbeitszeit mind. 16 h beträgt.
- ich Mitglied von DOG oder BVA bin
Bitte geben Sie hier die Mitgliedsnummer an:
DOG BVA

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass der o.g. Fellow die Mindestdauer des Fellowship absolviert hat.
- dass der o.g. Fellow über die Gesamtdauer des Fellowship regelmäßig an der Notfallversorgung des Spezialgebietes als erster Operateur teilgenommen hat
- dem o.g. Fellow den vollständigen Erwerb der erforderlichen Kompetenzen.
- Die Gebühr von 250 Euro habe ich überwiesen an Sparkasse Heidelberg,
IBAN DE68 6725 0020 0004 0094 44, BIC: SOLADES1HDB
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und befürworte die Ausstellung des Zertifikats

Datum

Mentor Name, Vorname

Unterschrift