



DTG Info-Service, Zertifikate  
c/o Tropeninstitut München  
Frau Franziska Winter  
Leopoldstr. 5  
80802 München  
Fax: +49 89 336112  
E-Mail:  
[dta@lrz.uni-muenchen.de](mailto:dta@lrz.uni-muenchen.de)

**Absender:**

Titel:

Vorname, Name:

Arzt/ Facharzt für:

Anschrift(Praxis/ Institution/ Firma):

Tel:

Fax:

E-Mail:

Homepage:

(Wird vertraulich behandelt, für die Zusendung von aktuellen Informationen unbedingt erforderlich.)

Gelbfieberimpfstelle  ja /  nein (**Nachweis beifügen\***)  
Geb. Datum\*\*)

Ich habe vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ einen Kurs in  
bei (Veranstalter) \_\_\_\_\_ erfolgreich besucht.

- Ich beantrage das DTG-Zertifikat
- Ich beantrage die Verlängerung meines DTG-Zertifikates  
vom \_\_\_\_\_ um weitere 3 Jahre.

Für die Zertifikatsausstellung wird eine Gebühr von **28,00 €** (pro Zertifikat)  
veranschlagt. Dieser Betrag setzt sich aus der Zertifikatsgebühr (25,00€) und  
Porto- und Verwaltungskosten (3,00€) zusammen.

**Der Betrag ist innerhalb von 21 Tagen**  
auf folgende **Bankverbindung** zu überweisen:

DTG Geschäftsstelle, Commerzbank AG 20345 Hamburg  
IBAN DE 77 2008 0000 0500 4949 00  
SWIFT-BIC.: DRES DE FF 200

Nach Eingang des Betrages wird Ihnen das DTG Zertifikat und eine  
Zahlungsbestätigung per Post zugeschickt.

**Bitte Rückseite / nächste Seite beachten!**

- Ich erkläre mich einverstanden, dass die DTG meine oben angegebene Adresse auf ihrer Homepage in der Liste der reisemedizinisch zertifizierten Ärzte veröffentlicht ([www.dtg.org](http://www.dtg.org)).

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben!

Ort,     Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- \*) Genehmigung für eine Gelbfieberimpfstelle erteilen die zuständigen Landesbehörden, nicht die DTG  
\*\*) Das Geb. Datum dient der zweifelsfreien internen Zuordnung der Daten zu den Kursbescheinigungen. Es wird nicht veröffentlicht.

**Bitte beachten!**  
**Die Vollständigkeit der Angaben gewährleistet eine zügige  
Bearbeitung!**