

**Absender:**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Arzt/ Facharzt für: \_\_\_\_\_

Anschrift (Praxis/ Institution/ Firma):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(Wird vertraulich behandelt, für Rückfragen ggfs. unbedingt erforderlich.)

An  
DTG Info-Service, Zertifikate  
c/o Tropeninstitut München  
Frau Thomschke  
Leopoldstr. 5  
**80802 München**

Fax: +49 89 336112

Mail: [dtg@lrz.uni-muenchen.de](mailto:dtg@lrz.uni-muenchen.de)

Ich habe vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ folgenden Kurs

\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

erfolgreich besucht.

- ( ) Ich beantrage das DTG-Zertifikat „Arbeitsaufenthalt in den Tropen“  
( ) Ich beantrage die Verlängerung meines DTG-Zertifikats „Arbeitsaufenthalt  
in den Tropen“ vom \_\_\_\_\_ (Monat / Jahr).

Für die Zertifikatsausstellung wird pro Zertifikat eine Gebühr von **30,00 €**  
(**20,00 € für DTG-Mitglieder**) erhoben, der Betrag ist auf folgendes Konto zu überweisen:

**Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin**

**IBAN DE 77 2008 0000 0500 4949 00**

(Kto Nr. 0500 49 49 00, BLZ 200 800 00, Commerzbank AG, 20345 Hamburg, BIC: DRESDEFF200)

Nach Eingang des Betrages werden das Zertifikat und eine Zahlungsbestätigung per Post zugeschickt.

**Bitte 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)).

( ) Gelbfieberimpfstelle (**Nachweis beifügen\***)

Geb. Datum\*\*) \_\_\_\_\_

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.