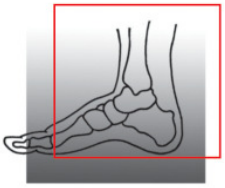
Gesellschaft für Fußchirurgie e.V.
Association for Foot Surgery



Bitte ausgefüllt an die Geschäftsstelle senden: Fax (+49) **08807-949245**

Antrag auf Zertifizierung für Mitglieder der GFFC

Mitgl.- Nr._____

Hiermit beantrage ich

(Name, Titel)_____

(Ort)_____

die Zertifizierung meiner Fortbildungsveranstaltungen.

Ich habe am

Basiskurs _____

Aufbaukurs_____

Masterkurs _____

teilgenommen und nehme mein Zertifikat am nächsten Intern. Symposium für Fußchirurgie in München ☐ entgegen ☐ nicht entgegen.
(zutreffendes bitte ankreuzen) **(wird Ihnen per Post zugestellt)**

Das Zertifikat beruht ausschließlich auf den von der Gesellschaft für Fußchirurgie e. V. festgelegten Bedingungen

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift