



Rezertifizierung

ISP KLINISCHE NOTFALLMEDIZIN (SGNOR)

Bestätigung für absolvierte Fortbildung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, in den vergangenen 5 Jahren mindestens 100 Credits den Vorgaben (Art. 7.1 und 7.2) des

Programms für den interdisziplinären Schwerpunkt „klinische Notfallmedizin“ (SGNOR)

erworben zu haben.

Ich bin bei allfälligen Stichproben-Kontrollen der interdisziplinären Bildungskommission in der Lage, die im Fortbildungsprogramm verlangten Nachweise zu erbringen.

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Email	
Telefon/Mobile	
GLN	
Datum	
Unterschrift	

Der Antragsteller / Die Antragstellerin bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und nimmt die Tarifstruktur zur Kenntnis.
Bei Nichtbezahlung der Gebühr wird der interdisziplinäre Schwerpunkt aberkannt und das SIWF informiert.

Bitte senden Sie dieses Formular an:

SGNOR

c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Bern
gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch