DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE UND MINIMAL-INVASIVE THERAPIE
in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

DGNR
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Hinweise:

- **Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.**
- **Ihr Antrag für die DeGIR-/DGNR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG, der DeGIR und der DGNR sind.**
- **Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-2-Zertifizierung (Module A-D) kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.**
- **Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. EBIR-Zertifikat als PDF an: zertifizierung@drg.de**

Antrag auf Anerkennung des EBIR-Zertifikats als:

☐ **Stufe-1-Zertifikat der DeGIR** **oder** ☐ **Stufe-1-Zertifikat der DeGIR/DGNR**

und

☐ **Stufe-2-Zertifikat der DeGIR (Module A-D)**

☐ **EBIR-Zertifikat** der CIRSE erworben am _____ (Kopie beifügen)
Bei Vorlage des EBIR-Zertifikats der CIRSE müssen keine weiteren Nachweise eingereicht werden!

intern: ☐ liegt vor

Angaben zum/zur Antragsteller/-in:

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail _____

Bearbeitungsgebühr
Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrages wird eine Bearbeitungsgebühr von 100 Euro (zzgl. MwSt.) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung

☐ Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der DeGIR-Homepage als Zertifikatsinhaber:in für die Stufe 1 und Stufe 2 genannt zu werden (Titel, Vorname, Name, Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Klinik- bzw. Praxisort). (Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: zertifizierung@drg.de widerrufen.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____ _____
Datum Unterschrift