

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und schicken Sie es per Fax (oder als Brief) an die Geschäftsstelle der DRG.

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.  
Geschäftsstelle  
Zertifizierung Gefäßzentren  
Straße des 17. Juni 114

**D-10623 Berlin**

FAX: 030 916 070 22

Absender:

### Zertifizierung als Gefäßzentrum

Hiermit beantrage ich die Zusendung der CD-ROM (incl. Software) für die Zertifizierung eines Gefäßzentrums.

Titel: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Klinik/Institut: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_ \_ \_ \_ \_ Ort: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Zertifizierung in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) erfolgt.
- Meine Klinik/Institution ist noch nicht von der DGG zertifiziert worden.  
Meine Klinik/Institution ist noch nicht von der DGA zertifiziert worden.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Gebühren für eine erfolgreiche Zertifizierung durch die DRG € 3.500 betragen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)