

An die  
DGPPN-Geschäftsstelle  
per E-Mail: [s.platikanova@dgppn.de](mailto:s.platikanova@dgppn.de)

per Post:  
DGPPN e.V.  
Reinhardtstr. 27b  
10117 Berlin

Hiermit stelle ich/stellen wir einen Antrag auf das **DGPPN-Zertifikat für Weiterbildungszentren** gemäß den Richtlinien der Europäischen Facharztgesellschaft „Union Européenne des Médecins Spécialistes“ (UEMS). Die Voraussetzungen und Anforderungen sind mir/uns bekannt. Ich versichere, dass untenstehende Angaben wahrheitsgemäß und die eingereichten Unterlagen rechtmäßig sind.

**Angaben zur Klinik:**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

**Klinikleitung:**

Titel, Name, Vorname:

E-Mail/Telefonnr.:

Stellv. Ansprechpartner:

E-Mail/Telefonnr.:

**Anforderungen | Unterlagen (alle Punkte müssen bei der Antragstellung angekreuzt sein):**

- Ausgefüllter Fragebogen
- Weiterbildungsprogramme der Klinik (aktuelles sowie die der letzten 5 Jahre)
- Jahresberichte und Broschüren der Klinik
- Weiterbildungsbuch
- Liste der Dozenten und Supervisoren
- Sonstiges (z. B. Evaluationsergebnisse der Weiterbildung)
- Zustimmung zur Datenspeicherung:** Mit der Speicherung unserer Daten durch die DGPPN e. V. sind wir einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Fachgesellschaft verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Zertifizierungsausschuss für die Prüfung unseres Antrages; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

-----  
Unterschrift