

An die
DGPPN-Geschäftsstelle
per E-Mail: 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