



Rezertifizierung

PRÄKLINISCHE NOTFALLMEDIZIN / NOTARZT (SGNOR)

Bestätigung für absolvierte Fortbildung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, in den vergangenen 5 Jahren mindestens 80 Stunden theoretische und praktische Fortbildung gemäss den Vorgaben des

FB-Programms Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR)

erworben zu haben.

Ich bin bei allfälligen Stichproben-Kontrollen der Bildungskommission der SGNOR 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 Fähigkeitsausweis aberkannt und das SIWF informiert.

Bitte senden Sie dieses Formular an:

SGNOR

c/o gkaufmann Verbandsmanagement

Wattenwylweg 21

3006 Bern

gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch