



## Rezertifizierung

### **Bestätigung für absolvierte Fortbildung**

---

Hiermit bestätige ich, in den vergangenen 5 Jahren mindestens **100 Credits** gemäss den Vorgaben des

#### **FB-Programmes Klinische Notfallmedizin SGNOR**

erworben zu haben.

Ich bin bei allfälligen Stichproben-Kontrollen der Bildungskommission SGNOR in der Lage, die im Fortbildungsprogramm verlangten Nachweise zu erbringen.

**FMH-Mitgliedernummer**

---

**Name**

---

**Vorname**

---

**eMail**

---

**Unterschrift**

---

**Datum**

---

Bitte senden Sie dieses Formular an:

**SGNOR**  
c/o gkaufmann Verbandsmanagement  
Wattenwylweg 21  
3006 Bern

Fax 031 332 41 12

Mail [sekretariat@sgnor.ch](mailto:sekretariat@sgnor.ch)