

Anmeldung zur Prüfung Schwerpunkt Pädiatrische Radiologie

Prüfungsdatum: 01. evtl. 02. September 2016 in Zürich

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Frau Herr

Akad. Titel: Heimatort (Nationalität):

Adresse:

Wohnort:

Telefon: Privat: Geschäft:

E-Mail:

Arbeitgeber:

Anmeldegebühr Mitglied SGR-SSR / SGNR: CHF 300.00

Anmeldegebühr Nichtmitglied SGR-SSR / SGNR: CHF 450.00

Staatsexamen: wann: wo:

Weiterbildungsstelle: von: bis:

Spital:

Klinik:

Leiter/in:

**Es werden nur Inhaber eines eidgenössischen oder eines durch das BAG anerkannten ausländischen Arztdiploms zur Prüfung zugelassen.
Kopie der Anerkennung an das Sekretariat Prüfungskommission senden.**

Datum der bestandenen 2. Teilprüfung: **Kopie an das Sekretariat senden**

Korrespondenz : deutsch französisch

Datum: Unterschrift:

**Anmeldeschluss: 1. Juni 2016
Es werden keine Nachmeldungen akzeptiert!**

Rückerstattung der Prüfungsgebühren bei Abmeldung:

> 6 Wochen vor Prüfung: 50 % der Prüfungsgebühr

< 6 Wochen vor Prüfung: Keine Rückerstattung (ausgenommen mit med. Attest)

senden an: info@sgr-ssr.ch

Kommission Facharztprüfung, SGR-SSR, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen