

## Anmeldung zur Prüfung Schwerpunkt Pädiatrische Radiologie

---

Prüfungsdatum: August. 31 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](mailto:info@sgr-ssr.ch)

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