ANTRAG ERNEUERUNG DES

TITELS «SPS SCHMERZSPEZIALIST®»

Herr [ ]  Frau [ ]

Titel:

Vorname:       Nachname:

Geburtsdatum:       Geburtsort:

Adresse:

Praxis/Spital

Strasse:

PLZ:       Ort:

E-Mail:

SCHMERZMEDIZINISCHE FORTBILDUNGEN:

Folgende schmerzmedizinische Fortbildungen habe ich in den letzten 5 Jahren besucht:

Datum Titel anerkannte Punkte / Dauer der Verans. /

 Anzahl Lektionen (bitte mind. eine Angabe)

Bitte fügen Sie Kopien der Teilnahmebescheinigungen oder PDF Dateien in der angegebenen Reihenfolge bei.

BEREITERKLÄRUNG:

Der Antragsteller nimmt die Gebühren der Antragsprüfung gemäss «Reglement der Gebühren für die Bearbeitung» von CHF 50.- für die erneute Titelvergabe zur Kenntnis und erklärt sich bereit, diese unabhängig vom Ergebnis innert 30 Tagen zu erstatten.

Ort und Datum       Unterschrift

Alle Unterlagen inkl. dieses Antragsformulars sind dem SPS Zentralsekretariat (info@swisspainsociety.ch) einzureichen.