



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

ANTRAG AUF REZERTIFIZIERUNG IM TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE

_____	_____
Titel, Name	Vorname
_____	_____
Strasse	PLZ / Ort
_____	_____
Telefon	Fax
_____	_____
Mail	Internet

Der Nachweis von mindestens 200 gesetzten und/oder versorgten Implantaten und/oder 70 Patientenfälle erfolgt durch Unterzeichnung der **Eidesstattlichen Erklärung**.

Die Nachweise der **100 Fortbildungspunkte** bitte nur als **Kopien einreichen!**

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass

1. ich seit meiner Zertifizierung weiterhin implantologisch tätig bin,
2. ich mehr als 200 Implantate gesetzt und/oder versorgt habe,
3. ich in den nachstehenden Gesellschaften/Verbänden Mitglied bin:

DGI	BDIZ EDI
DGZ	Zentralregister des BDIZ EDI
BDO	
DGMKG	

4. alle meine obigen Angaben wahr sind und ich sie nach bestem Wissen und Gewissen ausgeführt habe.

.....
Ort und Datum

.....
Stempel/Unterschrift

BDIZ EDI
Lipowskystr. 12
D-81373 München
GERMANY
Tel. + 49 89 72069888
Fax + 49 89 72069889
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

Die geschäftsmäßige Verarbeitung Ihrer angegebenen Kontaktdateninformationen für dieses Formular erfolgt nach Art.6 (1) f. DSGVO an den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte e.V. (BDIZ EDI), Lipowskystr. 12, 81373 München. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.bdizedi.org > Datenschutzerklärung