



## Antrag auf Schirmherrschaft der DGIM

Für die Veranstaltung:

---

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Adresse des Veranstalters: \_\_\_\_\_

**Der Antrag und der Programmwurf müssen mindestens 3 Monate vor dem Veranstaltungstermin bei der Geschäftsstelle der DGIM per Email eingegangen sein.**

**Die Veranstaltung betrifft folgenden Bereich der Innere Medizin und/oder deren Schwerpunkte:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesamtgebiet der Inneren Medizin <b>und/oder</b> | <input type="checkbox"/> Nephrologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Angiologie                                       | <input type="checkbox"/> Pneumologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie                  | <input type="checkbox"/> Rheumatologie                               |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie                                | <input type="checkbox"/> Geriatrie                                   |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie und Onkologie                        | <input type="checkbox"/> Internistische Intensiv- und Notfallmedizin |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie                                      | <input type="checkbox"/> Infektiologie                               |

**Mitglieder der DGIM müssen an der Programmgestaltung und Durchführung (Tagungsleitung/Tagungssekretär) aktiv beteiligt sein.**

\_\_\_\_\_  
Tagungsleitung (Titel, Vorname, Nachname und Ort)

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer, falls zur Hand

\_\_\_\_\_  
Tagungsleitung (Titel, Vorname, Nachname und Ort)

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer, falls zur Hand

\_\_\_\_\_  
Tagungsleitung (Titel, Vorname, Nachname und Ort)

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer, falls zur Hand

\_\_\_\_\_  
Tagungssekretär (Titel, Vorname, Nachname und Ort)

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer, falls zur Hand

### **CME-Zertifizierung/Antrag auf CME Zertifizierung**

CME Zertifizierung erfolgt bei\* \_\_\_\_\_

CME Zertifizierung beantragt bei \_\_\_\_\_

Anzahl der beantragten bzw. vergebenen CME-Punkte: \_\_\_\_\_

\*Ein schriftlicher Nachweis der CME-Zertifizierung durch eine Ärztekammer oder entsprechende Institution ist beigefügt.

