

**Hinweise:**

- Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-2-Zertifizierung (Module A-D) kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. EBIR-Zertifikat als PDF an:  
[zertifizierung@drg.de](mailto:zertifizierung@drg.de)

**Antrag auf Anerkennung des EBIR-Zertifikats als:**

Stufe-2-Zertifikat der DeGIR (Module A-D)

EBIR-Zertifikat der CIRSE erworben am \_\_\_\_\_ (Kopie beifügen)  
Bei Vorlage des EBIR-Zertifikats der CIRSE müssen keine weiteren Nachweise eingereicht werden!

intern:  liegt vor

**Antragsteller/-in:**

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift:**

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_



**Privatanschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bearbeitungsgebühr**

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrages wird eine Bearbeitungsgebühr von 100 Euro (zzgl. MwSt.) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

**Datenschutzhinweis:** Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen:  
<https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

- Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der DeGIR-Homepage als Zertifikatsinhaber:in für die Stufe 1 und Stufe 2 genannt zu werden (Titel, Vorname, Name, Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Klinik- bzw. Praxisort). (Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: [zertifizierung@drg.de](mailto:zertifizierung@drg.de) widerrufen.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift