



Bestätigungsformular für absolvierte Fortbildung (Fähigkeitsausweis ERCP)

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, in den vergangenen 3 Jahren Fortbildungsveranstaltungen, die den Problembereich der ERCP aus klinischer Sicht in angemessenem Rahmen beinhalten, besucht habe.

Ich bin bei allfälligen Stichprobe-Kontrollen der Fachgesellschaft in der Lage, die im Fortbildungsprogramm verlangten Nachweise zu erbringen.

FMH-Mitgliedernummer : _____

Name : _____

Vorname : _____

Unterschrift : _____

Datum : _____

Sämtliche Informationen über die Fortbildungsordnung der FMH und alle Fortbildungsprogramme der Fachgesellschaften sind zu finden unter www.fmh.ch/awf ⇒ Fortbildung.

Senden an : Prof. Gian Dorta Service de Gastro-entérologie CHUV 1011 Lausanne
T +41 21 314 06 80 Fax +41 21 314 07 07 E-mail gian.dorta@chuv.ch