

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)

Erstattungsantrag – FEBU-Prüfungsgebühr *(nur für Teilnehmer des WECU-Programms)*

Persönliche Angaben

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen oder digital eintragen

- **Name:** _____
- **Vorname:** _____
- **E-Mail-Adresse:** _____
- **Telefonnummer:** _____

Prüfungsnachweis

- **Datum des bestandenen schriftlichen FEBU-Examens:**

- **Prüfungssprache:** ☐ Deutsch ☐ Englisch

Bitte fügen Sie eine Kopie der offiziellen Bestätigung über das Bestehen der Prüfung bei.

Kostenübernahme

- Die Prüfungsgebühr wurde bezahlt von:
☐ mir selbst
☐ meiner Klinik
- **Name der Klinik (falls zutreffend):**

(bitte Zahlungsnachweis beifügen)

Bankverbindung für die Rückerstattung *(50 % der schriftl. Prüfungsgebühr)*

- **Kontoinhaber:** _____
- **IBAN:** _____
- **BIC:** _____
- **Bankname:** _____

Erklärung und Einverständnis

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und beantrage die Rückerstattung von 50 % der Gebühren für das schriftliche FEBU-Examen im Rahmen des WECU-Programms der DGU. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Bearbeitung und Auszahlung gespeichert und verarbeitet werden.

- **Ort, Datum:** _____
- **Unterschrift** *(bei digitaler Einreichung genügt eingetippter Name):*

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit den Nachweisen an: curriculum@dgu.de

