



## Abmeldung Facharztprüfung

Ausgef lltes Formular bitte per E-Mail senden an: [egim@sgaim.ch](mailto:egim@sgaim.ch).

**Bitte beachten:** Es gelten die Bestimmungen der «General Information concerning Examination MIG» ([www.sgaim.ch/egim](http://www.sgaim.ch/egim)).

**Datum Facharztprüfung:** \_\_\_\_\_

### Angaben zur Kandidatin / zum Kandidaten:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

### Nur ausf llen, falls Prüfungsgebühr bereits bezahlt worden ist:

Ich wünsche eine Rückerstattung der Prüfungsgebühr (abzüglich der Gebühr für den administrativen Aufwand auf das folgende Konto):

Name Kontoinhaber(-in): \_\_\_\_\_

IBAN-Nummer: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

### Nicht ausf llen, nur für interne Zwecke:

Datum Eingang Abmeldung: \_\_\_\_\_

Rückerstattung an Kandidat(-in): CHF \_\_\_\_\_

Umbuchen auf neu generierte Rechnung: CHF \_\_\_\_\_

Datum / Visum: \_\_\_\_\_