



Antrag auf Anerkennung des Fortbildungszertifikats

Name: Geb.-Name:
Vorname: Titel:
Privatanschrift: Tel.:
Dienstanschrift: Tel.:
Facharzt für: Mitglieds-Nr. der ÄK:
angestellter Arzt: niedergelassener Arzt:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift **Antragsteller**

Bitte nicht ausfüllen!		Raum für die Bearbeitung durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt		
Nachweise ordnungsgemäß:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gesamtpunktzahl:	<input type="text"/>
Datum	Akademie für med. Fort- und Weiterbildung			
Entscheidung der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung:				
Zertifikat wird erteilt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Begründung der Ablehnung:	
Datum	Unterschrift Vorsitzender der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung			