



Fortbildungsnachweis und Antrag auf Anerkennung des Fortbildungszertifikats der Sächsischen Landesärztekammer

Name: _____ Geb.-Name: _____

Vorname: _____ Titel: _____

Arztnummer: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____ Tel.: _____

Dienstanschrift: _____ Tel.: _____

Facharzt für: _____ / in Weiterbildung zum: _____

angestellter Arzt: niedergelassener Arzt:

berufstätig seit: _____

Diesem Antrag lege ich Anlagen bei.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift **Antragsteller**

Bitte nicht ausfüllen! Raum für Bearbeitung durch die Sächsische Landesärztekammer!

Vorprüfung Referat Fortbildung:

Nachweise ordnungsgemäß: Ja Nein Gesamtpunktzahl:

Datum:

Referat Fortbildung

Entscheidung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung:

Zertifikat wird erteilt: Ja Nein Begründung der Ablehnung:

Datum:

Unterschrift Vorsitzender
Sächsische Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung