

A N T R A G auf Gebührenermäßigung für Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer

(nur für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer)

Sächsische Landesärztekammer
Ärztlicher Geschäftsbereich
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Hiermit beantrage ich eine Gebührenermäßigung von 25% für folgende Veranstaltung:

_____ am: _____

Begründung: Mutterschaftsurlaub oder Elternzeit
 Arbeitslosigkeit

seit: _____ bis voraussichtlich: _____

Entsprechende Nachweise (Kopien) sind bitte beizufügen.

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Arzt-Nr.: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer seit: _____

Die Teilnahmegebühr von _____ EUR wurde bereits entrichtet am: _____

per Barzahlung bzw. Überweisung.

Ich bitte um Rückerstattung auf folgendes Konto: IBAN: _____

BIC: _____ Kreditinstitut: _____

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum

(nicht vom Antragsteller auszufüllen)

 Antrag stattgegeben

 Antrag abgelehnt

geprüft durch: _____

Ort/Datum

Unterschrift