

Nachweis über abgeschlossene Maßnahmen gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Angaben zur Einrichtung

IK-Nr.: ? Einrichtung nach § 108 SGB V ?

Einrichtung: ? Einrichtung nach § 111 SGB V ?

Kontaktdaten für Rückfragen

Anrede:

Standort: ? **Name:**

Postanschrift: **Tel.-Nr.**

E-Mail:

Bundesland:

- (1) Hiermit melden wir der DKG als zentraler Registrierstelle, dass der/die Weiterbildungsabschnitt(e) mit der/den unten genannten Registriernummer(n) im Rahmen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin absolviert wurde(n).
- (2) Die Weiterbildung erfolgte im/in den unten aufgeführten Fachgebiet(en).
- (3) Die Bescheinigung über die Anrechnungsfähigkeit der abgeleisteten Weiterbildungszeit im Sinne des Förderprogramms durch die zuständige Ärztekammer (auf der Basis des von der Einrichtung eingereichten Zwischenzeugnisses zum Jahreswechsel bzw. Endzeugnisses bei Beendigung des registrierten Weiterbildungsabschnittes) ist diesem Nachweis als Anlage beigefügt (Fotokopie). Die Bescheinigung Ärztekammer umfasst den bei der Registrierstelle bestätigten Förderzeitraum.

Angaben zur Stelle

Name und Vorname des Arztes in Weiterbildung:

1. Reg.-Nr.: **Beginn:** **Ende:** ?

Fachgebiet: **Vollzeit:** **Teilzeit:**

2. Reg.-Nr.: **Beginn:** **Ende:**

Fachgebiet: **Vollzeit:** **Teilzeit:**

3. Reg.-Nr.: **Beginn:** **Ende:**

Fachgebiet: **Vollzeit:** **Teilzeit:**

Der Teilnehmer hat den Weiterbildungsabschnitt an der o.g. Einrichtung beendet:

Bankverbindung

Kontoinhaber:

Bank:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift