|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| **TEILNAHMEBESCHEINIGUNG** |
|  |
| **<Titel> <Vorname> <Name>** |
|  |
| hat an der Veranstaltung |
| **(Titel der Fortbildung)** |
| am (Datum von / bis) um (Uhrzeit von / bis)teilgenommen. |
|  |  |
| Wissenschaftliche Leitung:  | **(Titel Vorname Name)** |
| Veranstaltungsnummer (VNR): Fortbildungspunkte: Kategorie: Veranstalter:  | **Xxxx****Xxx****X**(Name / Anschrift)(E-Mail, Telefon) |
| Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer gemäß § 5 Fortbildungsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 23. November 2013 in der Fassung vom 12. März 2022 anerkannt. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort, Datum |  | Unterschrift / StempelWissenschaftliche Leitung |