

Muster-Teilnahmebescheinigung

Veranstalter: (Name / Anschrift)

Wissenschaftliche Leitung: (Name)

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Frau / Herr: (Titel / Nachname / Vorname)

hat an der Veranstaltung

(Titel der Fortbildung)

am (Datum von / bis) um (Uhrzeit von / bis) in (Ort)
teilgenommen.

Veranstaltungsnummer (VNR):

Fortbildungspunkte:

Kategorie:

**Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das
„Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 Fortbildungsordnung für
die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 23.11.2013 anerkannt.**

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel
Wissenschaftliche Leitung