

Antrag auf Ausstellung des Fortbildungszertifikats

EFN-Nummer: 80276 _____ (Barcode)

Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Ort. _____	Geb.-Dat: _____
Dienstanschrift:	
PLZ: _____	Ort: _____
Straße: _____	
Privatanschrift:	
PLZ: _____	Ort: _____
Straße: _____	
Telefonisch erreichbar unter: _____	

Mit der Übermittlung der Zertifikatsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bin ich **einverstanden. (nur für Vertragsärzte / ermächtigte Ärzte im Krankenhaus)**

Datum / Ort

Unterschrift

Angaben zur Ihrer Tätigkeit

- Niederlassung seit: _____
- Kassenzulassung seit: _____
- Ermächtigung im Krankenhaus seit: _____
- Angestellter Arzt in einer Praxis seit: _____
- Im Krankenhaus tätig seit: _____
- Facharztanerkennung seit: _____
- Fortbildungszertifikat anderer Ärztekammern
(bitte entsprechende Kopie beifügen) _____

Gebühr: Die Gebühr für die Bearbeitung eines Antrags auf Erteilung des Fortbildungszertifikats beträgt 20 Euro. Bitte warten Sie mit der Begleichung der Gebühr den Erhalt des Zertifikats und der Rechnung ab.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Datum / Ort

Unterschrift