

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 zu Ihrer Tätigkeit

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kassenzulassung seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ermächtigung im Krankenhaus seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Praxis seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus tätig seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Facharztanerkennung seit: | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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