

Rückantwort bitte an

**Ärztekammer Nordrhein
Abteilung Weiterbildung
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf**

Faxnummern: 0211 / 4302 –2259

Absender / Praxisadresse

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

(Titel, Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein jederzeit Einsicht in mein von der Ärztekammer Nordrhein geführtes elektronisches Fortbildungskonto nehmen kann, um den Nachweis der gesetzlichen Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V und die im Rahmen von Verträgen (z.B. Hausarztverträge) geforderte Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nachhalten zu können.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel