



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG SACHSEN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Antrag auf Anerkennung der Fortbildungsverpflichtung
durch die KV Sachsen**

Persönliche Angaben

Name: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

LANR: _____

Tel.: _____

Angaben zur Antragstellung

- Bislang wurde kein Antrag auf ein Fortbildungszertifikat gestellt.
- Dem Antrag auf ein Fortbildungszertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) wurde nicht entsprochen.
-

beizufügende Unterlagen (unbedingt erforderlich)

- Auflistung der absolvierten Fortbildungsveranstaltungen, die nicht auf Ihrem Onlinekontoauszug aufgeführt sind
- Nachweise der aufgeführten Veranstaltungen (bitte nur in Kopie)
- Onlinekontoauszug der SLÄK, wenn vorhanden (die Teilnahmebestätigungen für die auf dem Onlinekonto aufgeführten Veranstaltungen bitte nicht beifügen)

Hinweis: Die Originalbescheinigungen sollten Sie mindestens 6 Jahre nach Antragstellung aufbewahren.

Selbsterklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit aller meiner in diesem Antrag und den beiliegenden Anlagen gemachten Angaben.

- Ich bin damit einverstanden, dass die KV Sachsen meine zuständige Kammer über die Erfüllung meiner Fortbildungsverpflichtung informiert.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Antragsteller/Antragstellerin