



Teilnehmerliste

zur Anerkennung von Fortbildungspunkten

gemäß der Leitlinie „Qualitätszirkel in Sachsen“ vom 01.10.2009

1 Angaben zum Qualitätszirkel

Name des Qualitätszirkels: _____

Nummer des Zirkels: _____

Moderator: _____

Sitzung vom: _____

2 Erklärung der Teilnehmer:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung.

Barcode-Etikett (im Ausnahmefall Fortbildungs-Nummer <u>und</u> Name, Vorname in Druckschrift angeben)	Einrichtung/Dienstort (wenn kein Barcode-Etikett vorhanden)	Mitglied SLÄK/ OPK	Unterschrift
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> SLÄK <input type="checkbox"/> OPK <input type="checkbox"/> andere	

