



**Landesärztekammer Brandenburg**  
**Hauptgeschäftsstelle**  
**Akademie für ärztliche Fortbildung**  
**Postfach 10 14 45**

**Telefon:** 0355 7 80 10-24  
**Telefax:** 0355 7 80 10-44  
**E-Mail:** akademie@laekb.de

**03014 Cottbus**

**Antrag**  
**auf Anerkennung einer Fortbildung im Rahmen des Fortbildungszertifikates**  
**der Landesärztekammer Brandenburg**

**Veranstalter** (Adresse bitte eintragen):


- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus                        | <input type="checkbox"/> Berufsverband | <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft |
| <input type="checkbox"/> Qualitätszirkel                    | <input type="checkbox"/> Stammtisch    | <input type="checkbox"/> Institut         |
| <input type="checkbox"/> Pharmafirmen/Med-Technik-Industrie |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Veranstalter             | <input type="text"/>                   |   |

**Wissenschaftliche Leitung** (Anschrift):


**Ansprechpartner:**

--

**Thema der Veranstaltung:**

--

**Fachgebiet:**

--

**Programm:** liegt bei  wird nachgereicht

**Veranstaltung:**

**Ort:**

**Datum:**   
**Zeit (von/ bis):**

