

Antrag zur Anerkennung von Kursen gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg für die

Facharztweiterbildung _____

Zusatzweiterbildung _____

Veranstalter: _____

Titel der Veranstaltung: _____

Kursleiter: _____

Veranstaltungsort: _____

Zeitraum: _____

Das Kursprogramm und die Referentenliste bitte als Anlage beifügen!

_____, _____, _____
Ort Datum Antragsteller (Unterschrift/Stempel)

Entscheidung des Prüfungsausschusses:

Antrag wird befürwortet Antrag wird nicht befürwortet

Stellungnahme bei Nichtbefürwortung:

Unterschriften Prüfungsausschuss (mindestens zwei Unterschriften, Vorsitzender/Mitglied)

_____, _____, _____
Ort Datum Stempel / Unterschrift

_____, _____, _____
Ort Datum Stempel / Unterschrift