

## Anmeldung zur Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ (m/w/d)

Hinweis: Es empfiehlt sich gleichzeitig eine Anmeldung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an o.g. Fortbildung an:

### Persönliche Daten:

Name \* \_\_\_\_\_  
Vorname \* \_\_\_\_\_  
Geb.datum \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.\* \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \* \_\_\_\_\_  
E-Mail \* \_\_\_\_\_  
Tel.nr. \_\_\_\_\_

### Anschrift Arbeitgeber/ Rechnungsempfänger:

Dienststelle \* \_\_\_\_\_  
Name \* \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \* \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \* \_\_\_\_\_  
Tel.nr. \_\_\_\_\_

**\*Pflichtfelder**

Wichtig: Der Anmeldung sind Anlagen beizufügen (s. Checkliste).

☐

Mit dem Absenden dieses Formulars melde ich mich für o.g. Fortbildung verbindlich an und akzeptiere die Teilnahmebedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer Brandenburg. Diese sind unter [www.laekb.de](http://www.laekb.de) (Arzt/Fortbildung/Bestimmungen) einzusehen.\*

**Sie erhalten eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per E-Mail.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber:  
Unterschrift +Stempel Arbeitgeber