LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Akademie für ärztliche Fortbildung
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-320
Telefax: 0355 78010-339
E-Mail: akademie@laekb.de
http://www.laekb.de

Anmeldung zu der Fortbildung Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung Grundkurs „Fallbegleitung"

Zur Teilnahme an der Fortbildung zur Fallbegleitung melde ich mich verbindlich an.

Anschrift Teilnehmer/Teilnehmerin:

Name, Vorname: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Mobilfunk: _____

E-Mail: _____

Der Anmeldung ist als Anlage eine Fotokopie des Ausbildungsabschlusses und ein beruflicher Lebenslauf beizufügen.
Es gelten die „Teilnahmebedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer Brandenburg". Diese sind unter www.laekb.de (Arzt/Fortbildung/Bestimmungen) einsehbar oder telefonisch unter 0331 505605-726 anzufordern.

☐ Ich erkläre hiermit mein Interesse am gleichzeitigen Erwerb des Zertifikats agnes zwei und bitte diesbezüglich um Weiterleitung meiner Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg.

_____ _____

Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Kostenübernahme durch den Arbeitgeber:

Dienststelle: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ _____

Datum Unterschrift Arbeitgeber

Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter: https://www.laekb.de/datenschutzinformation. Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.