



## 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 als Anlage eine Kopie des Ausbildungsabschlusses sowie ein beruflicher Lebenslauf 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