

## Antrag auf Ausstellung des Fortbildungszertifikates

Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Dat. _____	Telefon: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Straße: _____	
EFN-Nummer: 802760 _____ (Barcode)	

Mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bin ich **einverstanden**. (Nur für Vertragsärzte/ermächtigte Ärzte im Krankenhaus)

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Angaben zur Ihrer Tätigkeit

- Niederlassung seit: \_\_\_\_\_
- Kassenzulassung seit: \_\_\_\_\_
- Ermächtigung im Krankenhaus seit: \_\_\_\_\_
- Angestellter Arzt in einer Praxis/MVZ seit: \_\_\_\_\_
- Im Krankenhaus/Reha-Klinik tätig seit: \_\_\_\_\_
- Facharztanerkennung seit: \_\_\_\_\_
- 1. Fortbildungszertifikat am: \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie des Zertifikates beifügen, sofern dies nicht durch die Ärztekammer Nordrhein ausgestellt wurde.)

**WICHTIG:**  
Bitte hier  
die exakten  
Daten  
eintragen!

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben und die Übereinstimmung der von mir eingereichten Fotokopien mit den Originalen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift