

Anlage 1

Anlage zum
A n t r a g
zur Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung
- verantwortlicher Arzt -

Hiermit bestätige ich, dass die Fortbildungsveranstaltung

Titel: _____

am: _____

inhaltlich

- den Zielen der Berufsordnung und der Fortbildungssatzung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz sowie den Inhalten der Weiterbildungsordnung entspricht;
- die bundeseinheitlichen Empfehlungen der Ärztekammern für die Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung (in: "Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung") berücksichtigt* und
- frei von wirtschaftlichen Interessen ist.

Für die Fortbildungsmaßnahme wurde ich von _____

_____ als wissenschaftlich verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt bestellt bzw. eingesetzt.

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

*Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung können von deren Homepage heruntergeladen:
<http://www.bundesarztekkammer.de>