



# ANTRAG AUF AUSSTELLUNG

des Fortbildungszertifikates nach der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Ärztliche Fortbildung  
Juliane Hohenberg  
Esmarchstraße 4  
23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 803 756  
Fax 04551 803 766  
fortbildung@aeksh.de

## Antragsteller:

Name:	<input type="text"/>	Titel:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
männlich	<input type="checkbox"/>	geboren in:	<input type="text"/>
weiblich	<input type="checkbox"/>		
Zusatz:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>
		angestellt	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:	<input type="text"/>		

**! Teilnahmebescheinigungen von Veranstaltungen, die nicht auf dem Fortbildungspunktekonto aufgeführt sind, bitte nur in Kopie und chronologisch geordnet einreichen !**

- Ich bestätige die Übereinstimmung der Kopien mit den Originalen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Unterlagen nach Erteilung des Zertifikates vernichtet werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel