

Ärztammer Niedersachsen
Fortbildung
Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover

Veranstalter:	
Versandanschrift:	
Ansprechpartner:	
Veranstaltungsthema:	
Ort / Termin:	
Fachgebiet:	

Kategorie

(Ausführliche Erläuterungen siehe § 6 FBO)

Veranstaltungsdauer:

A Vortragsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	Anfangszeit:	Uhr	Stunden:	Tage:
B Kongresse	<input type="checkbox"/>	Ende:	Uhr	(abzügl. Pausen)	
C Fortbildungen mit konzeptionell vorgesehener aktiver Beteiligung	<input type="checkbox"/>	Erwartete Anzahl der teilnehmenden Ärzte / Ärztinnen: Bei Beantragung von Veranstaltungen der Kat. I und K bitten wir um vorherige Kontaktaufnahme			
D E-Learning	<input type="checkbox"/>				
H Curricular vermittelt Inhalte, z.B. anerkannte Weiterbildungskurse	<input type="checkbox"/>				
I Tutoriell unterstützte Online-Fortbildung	<input type="checkbox"/>				
K Blended-Learning Maßnahme	<input type="checkbox"/>				
Werden Teilnehmergebühren erhoben? (In welcher Höhe?)		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Zusatzpunkt in den Kategorien A und C für Lernkontrolle (Bitte Bogen beifügen)		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Sponsoring		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

Bitte beachten:

- **Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden. Die Anmeldung ist nur gültig mit beiden Unterschriften und Erteilung der Einzugsermächtigung (s. nächste Seite)**
- **Ein zeitlich detailliertes Veranstaltungsprogramm (mit Anfangs-, End- und Pausenzeiten) ist stets beizufügen!**

Mit der Einreichung dieses Antrages zur Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme erkläre ich, dass die Inhalte der geplanten ärztlichen Fortbildung gem. der Fortbildungsordnung der ÄKN unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind, den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung entsprechen und eine eventuelle Sponsorentätigkeit Inhalt, Form und Art der Präsentation dieser Fortbildungsmaßnahme nicht beeinflusst. Sämtliche Sponsoren sind im Programm aufgeführt. Ich bestätige weiterhin, folgende Voraussetzungen für eine Anerkennung meiner Fortbildungsveranstaltung zu erfüllen:

1. die Ausgabe namentlich gekennzeichnete Teilnahmebescheinigungen für diese Veranstaltung
2. die Meldung der Teilnehmerpunkte dieser Veranstaltung direkt an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) innerhalb von 4 Wochen nach Veranstaltungsende

_____ Datum

X _____
Unterschrift/Stempel

Die kostenfreie Veröffentlichung im Onlinekalender (www.aekn.de > Fortbildung) erfolgt für jede anerkannte Veranstaltung. Bitte füllen Sie daher folgende Pflichtfelder aus:

Stätte / Raum	
Straße, Hausnummer	
Referent/innen	
Ärztliche Leitung	
Anmeldung erforderlich	
Anmeldung / Auskunft bei	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

SEPA Mandat:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (DE25ZZZ00000076440), die fällige Bearbeitungsgebühr für die beantragte Anerkennung einer Fortbildung in Höhe von 37 Euro pro Termin einzuziehen.

Ich benötige einen Gebührenbescheid.

Zum 1. Februar 2014 gelten europaweit die SEPA-Bestimmungen für den Zahlungsverkehr. Dabei ersetzen IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) die bisherigen nationalen Angaben Kontonummer und Bankleitzahl.

IBAN	BIC
Name/Ort des Geldinstituts	Kontoinhaber/in

.....
Ort, Datum

X
Unterschrift Kontoinhaber/in