|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **TEILNAHMEBESCHEINIGUNG** | | | |
|  | | | |
| **<Titel> <Vorname> <Name>** | | | |
|  | | | |
| hat an der Veranstaltung | | | |
| **(Titel der Fortbildung)** | | | |
| am (Datum von / bis) um (Uhrzeit von / bis) teilgenommen. | | | |
|  |  | | |
| Wissenschaftliche Leitung: | **(Titel Vorname Name)** | | |
| Veranstaltungsnummer (VNR):  Fortbildungspunkte:  Kategorie:  Veranstalter: | **Xxxx**  **Xxx**  **X**  (Name / Anschrift) (E-Mail, Telefon) | | |
| Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer gemäß § 5 Fortbildungsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 23. November 2013 in der Fassung vom 12. März 2022 anerkannt. | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Ort, Datum | |  | Unterschrift / Stempel Wissenschaftliche Leitung |