

**Antrag auf Anerkennung einer Kurs-Weiterbildung**

Kurs-Bezeichnung*	
Fachgebiet*	
Datum/Zeitraum*	
Kursort*	
Straße und Ort	
Stundenanzahl*	

Ärztlicher Kursleiter*	
Name, Vorname*	
Anschrift	
Telefonnummer/E-Mail	
Mitgliedschaft Landesärztekammer	
<input type="checkbox"/>	Als Postadresse verwenden (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	Als Ansprechpartner für Ärzte verwenden (bitte ankreuzen)

Veranstalter*	
Ansprechpartner	
Anschrift	
Telefonnummer/E-Mail	
<input type="checkbox"/>	Als Postadresse verwenden (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	Als Ansprechpartner für Ärzte verwenden (bitte ankreuzen)

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen als PDF bei:

1. Ausführliches und detailliertes Kursprogramm
2. Kursstruktur/Aufbau und Umfang/Lehrformat
3. Referentenliste
4. Referenzen/Tätigkeitsfeld und beruflicher Werdegang des ärztlichen Kursleiters (wenn nicht vorhanden)

*Hinweis aus Gebührenverzeichnis gültig ab 01.02.2023 der Ärztekammer M-V:
2.8 Verfahren zur Anerkennung der Kursweiterbildung und der Kursleitung 50,00 Euro*

* Die Inhalte können veröffentlicht werden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel