



Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-241
Telefax: 0355 78010-259
E-Mail: mfa@laekb.de
<http://www.laekb.de>

Anmeldung zur Fortbildungsprüfung "Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung"

Prüfungsbewerber/in

Name, Vorname: _____
Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift

Straße / Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____ Mobilfunk: _____

einzureichende Unterlagen:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/in oder eines anderen Abschlusses gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 1 Fortbildungsprüfungsordnung der LÄKB
2. Bescheinigung/en über die regelmäßige Teilnahme an der Fortbildung gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 2 Fortbildungsprüfungsordnung

Datum

Unterschrift Prüfungsbewerber/in