



Landesärztekammer Brandenburg  
Geschäftsstelle Cottbus  
Akademie für ärztliche Fortbildung  
Postfach 10 14 45  
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-320  
Telefax: 0355 78010-339  
E-Mail: [akademie@laekb.de](mailto:akademie@laekb.de)  
<http://www.laekb.de>

## Anmeldung zur Fortbildung "Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung"

Zur Teilnahme an der Fortbildung "Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung" melde ich mich verbindlich an.

### **Anschrift Teilnehmer/Teilnehmerin:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobilfunk: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Anschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin:**

Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail Praxis: \_\_\_\_\_

Der Anmeldung ist als Anlage eine Fotokopie des Prüfungszeugnisses Medizinische/r Fachangestellte/r/  
Arzthelfer/in oder eines anderen medizinischen Fachberufes mit Nachweis einer Tätigkeit entsprechend  
einer Medizinischen Fachangestellten beizufügen.

Es gelten die „Teilnahmebedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer  
Brandenburg“. Diese sind unter [www.laekb.de](http://www.laekb.de) (Arzt/Fortbildung/Bestimmungen) einsehbar oder  
telefonisch unter 0331 505605-727 anzufordern.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber  
Unterschrift Arbeitgeber