

Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gem. § 95 d SGB V für die KZV Sachsen-Anhalt

per **Post** an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Abteilung Recht
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Absender:

Zahnarztstempel / Abrechnungsnummer

per **Fax** an: 0391/6293-234

Abrechnungsnummer:

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname in Druckschrift)

dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und dem Beschluss der KZBV vom 13.02.2004 einschließlich den Punktebewertungs-empfehlungen des Beirats Fortbildung der BZÄK und der DGZMK in der aktuellen Fassung entsprechen.

Bezeichnung der Fortbildung	Name des Veranstalters	Datum	Punkte
Selbststudium Fachliteratur (max. 10 Punkte pro Jahr)	--	--	50

Bezeichnung der Fortbildung	Name des Veranstalters	Datum	Punkte

Die Veranstaltungen wurden persönlich besucht und die Punktzahl entsprechend den Angaben der Veranstalter eingetragen. Auf Verlangen werde ich der KZV Sachsen-Anhalt die Teilnahmenachweise im Original vorlegen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Fortbildungsverpflichteten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber