**Veranstalter:**

**Wissenschaftliche Leitung:**

**Veranstaltungsnummer (VNR):**

**Fortbildungspunkte:** **Punkt(e)**

**Kategorie:**

# Teilnahmebescheinigung

**Für:**

(Vorname Nachname)

**Geburtsdatum:**

wird die Teilnahme an der von der Ärztekammer Berlin anerkannten Fortbildungsveranstaltung:

(Titel der Fortbildung)

am (Datum) von – bis (Uhrzeit)

     

     

     

     

     

     

in Berlin bestätigt.

Berlin,

Unterschrift (Vorname Nachname)**\***

(Wissenschaftliche Leiterin/ **\***

Wissenschaftlicher Leiter) **\***

Stempel **\***

\*Originalunterschrift der/ des wissenschaftlichen Leiterin/ Leiters erforderlich