

**TEILNAHMEBESTÄTIGUNG**

# Der Fortbildungsanbieter bestätigt, dass

|  |  |
| --- | --- |
| **Herr/Frau** | Dr. *(Name bitte einfügen)* |
| **am/von-bis** | *(Datum/Uhrzeit bitte einfügen)* |
| **an der Veranstaltung** | *(Titel und ID-Nummer der Veranstaltung bitte einfügen)* |

teilgenommen hat.

Die approbierte Fortbildung ist für das Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer anrechenbar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Medizinische / Sonstige Fortbildung** | **DFP-Punkte** | |  |  | |  |  | | **Gesamtpunkte:** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztlicher Fortbildungsanbieter:** | *(genaue Bezeichnung des Veranstalters)* |

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................................... | ............................................................ |
| Ort, Datum | Unterschrift des Veranstalters |