

**KV RLP**  
**Qualitätssicherung / Strukturqualität**

**Fax**                **0261 39002-170**  
**E-Mail**            **genehmigung@kv-rlp.de**

<b>Themenspezifische Anerkennung von Fortbildungspunkten</b> gemäß Kategorie E des § 6 der Fortbildungssatzung LÄK RLP	
<b>Name des Arztes:</b>	
<b>LANR des Arztes:</b>	
<b>Zeitraum:</b>	
<b>von</b>	<b>bis</b>
<b>Genehmigungsbereich:</b>	
<b>Thema im Selbststudium</b> (stichpunktartig)	<b>Entspricht Anzahl Fortbildungspunkte</b> (§ 6 Fortbildungssatzung LÄK RLP)

- Ich versichere, dass ich damit die Anforderungen an die Fortbildungsverpflichtung der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllt habe.
- Einen Auszug des Fortbildungskontos in Kopie habe ich beigelegt.

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift