



Antrag zur Anerkennung eines Qualitätszirkels
(bitte in Blockschrift oder elektronisch ausfüllen)

Name des Qualitätszirkels :.....
.....

Gründungsdatum / Übernahme am:

Thema:

Ort der Veranstaltungen:

Name des Moderators:

Adresse:

Email:

Moderatorenttraining absolviert bei:
.....

am:

(Kopie der Teilnahmebescheinigung bitte beilegen)

Die gültigen Richtlinien in der Fassung vom habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift / Stempel)

Ihr Ansprechpartner:

Qualitätsförderung

Tel 069 24741-7552

Fax 069 24741-68840

qualitaetszirkel@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt am Main
www.kvhessen.de

Teilnehmerliste

	Titel, Vor- und Zuname (ggf. Geburtsdatum)	Straße, Ort (Praxisanschrift)	Fachgebiet	Kassenzulassung	
				ja	nein
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					