



# TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

- Qualitätszirkel -

Herr/Frau \_\_\_\_\_

hat an dem von der KV Hessen anerkannten Qualitätszirkel

\_\_\_\_\_  
(Name des Qualitätszirkel)

unter der Leitung von \_\_\_\_\_  
(Moderator/in)

am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_  
(Ort)

teilgenommen.

Thema der Veranstaltung: \_\_\_\_\_

Im Rahmen der zertifizierten ärztlichen Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen werden \_\_\_ Punkte für den Besuch jeder Sitzung anerkannt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Moderator/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Barcode

