

## Rückantwort bitte an die

Ärzttekammer Nordrhein  
Abteilung Weiterbildung  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf

■ **Fax-Nr.: 02 11 / 43 02-22 59**

**Absender:** (Bitte in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Einheitliche Fortbildungsnummer (arabische Ziffern unter dem Barcode)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Einverständniserklärung

■ Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein jederzeit Einsicht in mein von der Ärztekammer Nordrhein geführtes elektronisches Fortbildungskonto nehmen kann, um den Nachweis der gesetzlichen Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V und die im Rahmen von Verträgen (z. B. Hausarztverträge) geforderte Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nachhalten zu können.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel