



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Teilnahmebescheinigung

Herrn / Frau

wird hiermit bescheinigt, dass er / sie an dem von der KVBB anerkannten
Qualitätszirkel

Bezeichnung des Qualitätszirkels:

am in

in der Zeit von bis Uhr

teilgenommen hat.

*Die Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Brandenburg bzw. der Ostdeutschen
Psychotherapeuten-Kammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt.*

.....

Datum

.....

Stempel u. Unterschrift / Moderator/in