



**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 und Unterschrift Moderator/in