



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Antrag auf Erstattung finanzieller Aufwendungen für Weiterbildungskurse

Antragsteller:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Praxisort:

IBAN: _____

BIC: _____

Weiterbildungskurse	Absolviert am bzw. im Zeitraum von / bis

Hinweis: Die Kosten für Weiterbildungskurse werden in Höhe von 50% der Teilnahmegebühren, jedoch max. 1.000,- € erstattet.
Als Nachweis sind die Kopien der Kurs-Teilnahmebescheinigungen und Rechnungen beizufügen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Praxisstempel