



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331/ 2309553

Mail: arzt-werden@kvbb.de

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für einen Sprachkurs

Hiermit beantrage ich _____ (Name, Vorname Antragsteller/in) einen

Zuschuss für die Absolvierung eines Sprachkurses.

Dem Antrag beizufügen:

- Kopie des Sprachzertifikats
- Kostennachweis (Kopie der Rechnung)

Die Zuwendung wird auf das folgende Konto überwiesen:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

Ort, Datum

Unterschrift
(Arztstempel)