

ergeht an die Ärztekammer für Tirol

Das Formular ist vom Qualitätszirkelleiter vollständig und in Blockschrift auszufüllen. Nur ausgefüllte Felder werden veröffentlicht.

Ärztliche Institution:			
Name des Qualitätszirkelleiters:			
Anschrift:			
Telefon:		Fax:	
E-Mail:			
Internetadresse:	http://		
Thema:			
Veranstaltungsort: <i>(genaue Adresse angeben)</i>			
Termine: <i>(für ein Jahr gleichzeitig bekanntgeben)</i>			
Uhrzeit:	von:	bis:	
Inhalte/Themen: <i>(Stichworte)</i>			
Veranstaltungsziel: <i>(Stichworte)</i>			
Kontakt der Qualitätszirkelorganisation:			
Sonstige Hinweise:			
Stempel und Unterschrift des Qualitätszirkelleiters :			

Approbiert von	Die Veranstaltung wird für das Diplom-Fortbildungs-Programm der österreichischen Ärztekammer für das Fach
Name.....
Datum..... Unterschrift.....	mit Fortbildungspunkten approbiert