

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Per Fax an: 089/ 57093-63957

**Bestätigung der im 3-Jahres-Turnus wiederholenden Fortbildung
für nichtärztliche Praxisassistenten**

Ich bestätige hiermit, dass die bei mir (BSNR:) beschäftigte nichtärztliche Praxis-
assistentenz,

Name _____, Vorname _____


die geforderte Fortbildung* gemäß § 7 Abs. 6 Anlage 8 BMV-Ä, Stand: 1. Januar 2019
(16 Std., davon 8 Std. Notfallmanagement und 8 Std. Weiterentwicklung des Berufsbildes),

am folgenden Tag **absolviert** hat:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Datum (TTMMJJJJ)

Ort, Datum

Unterschrift Genehmigungsinhaber 

**Bitte Nachweis in Kopie beifügen*

Praxisstempel