

RÜCKANTWORT

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Weiterbildungsregister gem. § 3 Abs. 2 Ziffer 7 HeilBG

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Folgende Facharztbezeichnung wird angestrebt:

als Facharzt für: _____

Ó*ā}Á^!Á^ā!āā} *Á~{ Đ~!ÁÈĀ&@: Đ&@: āK'

Sollten Sie während Ihrer Weiterbildungszeit die angestrebte Facharzttrichtung wechseln, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____