

PTK Bayern
Psychotherapeutenkammer Bayern
Postfach 151506
80049 München

Bitte hier Name

_____ und Mitgliedsnummer angeben.

--	--	--	--	--

Einreichung der Fortbildungspunkte

Ich reiche hiermit meine Fortbildungspunkte ein (bitte Beiblatt verwenden).

Beantragung eines Fortbildungszertifikats

Ich bitte um Zustellung eines Fortbildungszertifikats zur Einreichung

bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Ich habe eine KV-Zulassung/Ermächtigung seit:

--	--	--	--	--	--	--	--

bei meinem*meiner Arbeitgeber*in (Krankenhaus nach § 108 SGB V)

ausschließlich für eigene Zwecke

Ort / Datum

Unterschrift

