



**Sächsische Landesärztekammer**  
Kreisärztekammer Dresden (Stadt)  
Sekretariat  
Schützenhöhe 16  
  
D-01099 Dresden

← **Bitte senden Sie den Antrag ausgefüllt  
mit den entsprechenden Anlagen an:**

**Antrag auf Förderung einer Weiterbildungsveranstaltung oder eines Kurses  
für Mitglieder der Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**

Nach-/ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diensteinrichtung/ -ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Facharztrichtung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstand (Jahr): \_\_\_\_\_

Name, Datum, Ort der besuchten Veranstaltung/ Kurs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bankverbindung (Bankname, BLZ, Kontonr., ggf. anderen Empfänger): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Checkliste – Zur Bearbeitung des Antrages werden folgende Formulare benötigt: \_\_\_\_\_

Förderantrag     Kopie Teilnahmebescheinigung     Beleg Zahlungsbestätigung der Kursgebühren

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vermerke der Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**

Antragseingang: \_\_\_\_\_

Entscheid: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Mitteilung am: \_\_\_\_\_