Muster-Annahmeerklärung

Anlage 2 zur Kooperationsvereinbarung vom …………

**Hiermit erklären wir für**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

(Name der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes, Anschrift)

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

(Name der Klinik, Anschrift)

**die Berechtigung der Teilnahme**

**am Weiterbildungsverbund**

**................................................................................................................................**

(Name des Weiterbildungsverbundes)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name (Ansprechpartner/Organisator des Weiterbildungsverbundes)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Unterschrift (Stempel)