

Zusammenstellungsformular (Deckblatt)

Fortbildungsnachweis für fachliche Fortbildungen gemäß § 95 d SGB V - Nachweis für die KZV Sachsen

Titel Vorname Name:

**für den Berechnungszeitraum vom:
bis:**

Gesamtpunktzahl:

Ich erkläre, dass die von mir besuchten Veranstaltungen den Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur zahnärztlichen Fortbildung entsprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Abrechnungsstempel

Datum und Unterschrift

