

(bitte deutlich schreiben)  
Absender:

Akademie für Fort- und Weiterbildung  
der Ärztekammer Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 30

28209 Bremen

oder per Fax: 04 21/34 04 -269

## Erklärung des verantwortlichen Arztes

Für die von der Firma \_\_\_\_\_  
organisierte/unterstützte Fortbildungsveranstaltung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

die am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ stattfindet, beantragen  
wir die Anerkennung für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Bremen.

Ich erkläre, dass ich als verantwortlicher Arzt der Ärztekammer Bremen, die Produktneutralität überwachen werde indem ich Sorge trage, dass die Referenten ihre Firmeninteressen offen legen. Ich erkläre mich bereit, der Ärztekammer Bremen auf Wunsch Auskunft zu der Veranstaltung zu geben.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes