

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Kürzel:

Antragsnr.: _____

Antrag auf Erteilung des Qualifikationsnachweises:

- Transfusionsbeauftragte/r Ärztin/Arzt
 Transfusionsverantwortliche/r Ärztin/Arzt

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Titel/Vorname/Name/: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

bereits erteilte Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

Ich versichere, bei keiner anderen Ärztekammer einen gleichlautenden Antrag gestellt zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Dem Antrag sind **im Original oder als beglaubigte Kopie** beizufügen:

- Nachweis über die Teilnahme am einem 16h-Kurs zur „Qualifikation als Transfusionsbeauftragter /Transfusionsverantwortlicher“, anerkannt von der örtlich zuständigen Landesärztekammer,
- Bescheinigung über eine zweiwöchige Hospitation in einer zur Weiterbildung für Transfusionsmedizin befugten Einrichtung (nur Transfusionsverantwortliche/r Arzt/Ärztin)

von – bis	Krankenhaus, Abteilung, Praxis, sonstige ärztliche Tätigkeit (Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit in den letzten 2 Jahren:)

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung eines Qualifikationsnachweises wird eine **Gebühr in Höhe von € 50,-** erhoben.

Zahlung per Überweisung an: *Deutsche Apotheker und Ärztebank*
IBAN DE53 3006 0601 0001 2164 57
BIC DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: WB/ZB/Name

Ermächtigung für SEPA-Lastschrift im Einzugsverfahren (einmalig)

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung für den Qualifikationsnachweis _____ zu Lasten meines Girokontos mit der IBAN : _____ BIC: _____ bei der _____ einzuziehen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

Name des Antragstellers in Blockschrift

Bareinzahlung (nicht per Posteingang) Empfang bestätigt _____
 Stempel und Unterschrift

Bearbeitungsvermerk (nur von der Ärztekammer auszufüllen):

- Facharztanerkennung eines transfundierenden Gebiets
 (Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Heilkunde, Haut- /Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Strahlentherapie., Transfusionsmedizin, Urologie oder eines chirurgischen Gebiets)
- Teilnahme am einem 16-stündigen anerkannten Kurs zur „Qualifikation als Transfusionsbeauftragter / Transfusionsverantwortlicher“ einer Landesärztekammer
- zweiwöchige Hospitation in einer zur Weiterbildung für Transfusionsmedizin befugten Einrichtung (nur für **Transfusionsverantwortlichen**)

Sonstiges:

Urkunde kann ausgestellt werden
 ja nein

Geprüft und Urkunde erstellt:

Unterschrift