

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es an Ihre zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein

(<https://www.aekno.de/aerztekammer/kreisstellen>).

Name des Ausbildungsbetriebes: _____

Anschrift: _____

verantwortliche/r Ausbilder /in
(Ärztin/Arzt):

Privatanschrift:

E-Mail-Adresse
für die Registrierung:

Haben Sie bisher ausgebildet?

Ja

Nein

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes)

Hinweis: Ihre Angaben werden auf Plausibilität überprüft und mit Ihren Stammdaten in der Ärztekammer Nordrhein abgeglichen, nur bei eindeutiger widerspruchsfreier Zuordnung, werden Ihnen die Zugangsdaten per E-Mail zugesandt.

Informationen zur Datenverarbeitung können Sie der Datenschutzerklärung entnehmen.
(<https://mfa.meineaekno.de/datenschutzerklaerung>)