

Absender: _____ (Praxisstempel)

Beitrittserklärung

Ich bin ein/e von der Ärztekammer Niedersachsen zur Weiterbildung in der Facharzttrichtung _____ ermächtigte/r Arzt/Ärztin mit Sitz im Landkreis Emsland. Die Vereinbarung zur **Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin im Landkreis Emsland** in der Fassung vom 22.02.2012 liegt mir vor. Ich möchte mich an der Verbundweiterbildung zusammen mit den bisherigen Verbundpartnern beteiligen.

Ich erkläre mich zu den in der Vereinbarung genannten Bedingungen bereit, am Verbund teilzunehmen und entsprechend Weiterbildungsassistenten in meiner Praxis auszubilden. Daher bitte ich um Aufnahme in die von der Weiterbildungsgesellschaft „Meilenstein“ zu führende Liste der Verbundpartner.

Sobald sich Veränderungen ergeben, die beispielsweise Art und Umfang der mir erteilten Weiterbildungsermächtigung betreffen, oder ich nicht mehr an der Verbundweiterbildung teilnehmen möchte, werde ich diese Informationen unverzüglich von mir aus an Herrn Rolf Amelsberg, Geschäftsführer der Weiterbildungsgesellschaft „Meilenstein“, Ordeniederung 1, 49716 Meppen mitteilen.

_____, den _____
Ort Datum Rechtsverbindliche Unterschrift

Als Anlage füge ich eine Kopie der mir erteilten Weiterbildungsermächtigung bei.