



Veranstalter:	Ärzteverband des Saarlandes - Saarländisches Ärzte-Syndikat Faktoreistraße 4, 66111 Saarbrücken Kreisverein: _____ Fachgruppe: _____ Sonstige: _____
Antragsteller: (Stempel)	_____ _____
Datum:	
Uhrzeit:	von bis Uhr
Dauer:	
Ort der Veranstaltung:	
Thema:	
Referent:	
Sponsor:	(bitte ankreuzen) ____ Ja Name _____ ____ Nein
Abprüfen des Gelernten:	(bitte ankreuzen) ____ Ja ____ Nein
Veranstaltungsart	____ Kategorie A (Vortrag und Diskussion) ____ Kategorie B (mehrtägiger Kongress) ____ Kategorie C (Fortbildung mit konzeptionell vorg. Beteiligung jedes Teilnehmers (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen) (bitte ankreuzen)

 Datum, Ort

 Unterschrift