



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Sicherstellung  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**E-Mail: arzt-werden@kvbb.de**

Fax: 0331 – 2309553

## Antrag auf Erstattung finanzieller Aufwendungen für Weiterbildungskurse

### Antragsteller:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Praxisort: \_\_\_\_\_

IBAN:

BIC:

Weiterbildungskurse	Absolviert am bzw. im Zeitraum von / bis

**Hinweis: Die Kosten für Weiterbildungskurse werden in Höhe von 50% der Teilnahmegebühren, jedoch max. 1.000,- € erstattet. Als Nachweis sind die Kopien der Kurs-Teilnahmebescheinigungen und Rechnungen beizufügen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Praxisstempel