Landesärztekammer Thüringen	
Im Semmicht 33	07751 Jena
Tel.: 03641 614 – 0	Fax: 03641 614 – 169

Erklärung gegenüber der Landesärztekammer Thüringen, Abteilung Weiterbildung

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben an die Landesärztekammer Thüringen, Abteilung Weiterbildung zurück.

MGLNR: ……

Titel: …… Vorname: …… Name: ……

Dienstanschrift: ……

……

Nach § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen werden folgende Gebühren im Bereich der Weiterbildung erhoben:

☐ **Bestätigung über die formale oder inhaltliche Anerkennung von Tätigkeiten im Ausland als Weiterbildungszeiten zur Anerkennung von Facharzt-, Teilgebiets- oder Zusatz-Weiterbildung:.....100,00 Euro**

☐ **Umschreibung einer Facharztanerkennung aus einem EU-Staat:** …….....**50,00 Euro**

Datum: …… Unterschrift: ……..

☐ **Überweisung** (Ich werde die fällige Gebühr innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung überweisen.)

Verwendungszweck: 77 - Vorname, Name

Datum, Ort und Unterschrift: …….

☐ **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 87ZZZ00000070668 Mandatsreferenz: 77-

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Landesärztekammer Thüringen, die Gebühr von meinem Konto mittels Lastschrift 14 Tage nach Antragstellung einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landesärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: ……

BIC: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

IBAN: D E __ __ I __ __ __ __ I __ __ __ __ I __ __ __ __ I __ __ __ __ I __ __

IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug!

Datum, Ort und Unterschrift: ……