

Per Fax/ Mail an **04551-9999-19** bzw. kim.tuchtenhagen@aegnord.de

Antragstellende Praxis	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Med. Fachangestellte/r	
Name und Vorname	
Geburtsdatum	
Angaben zur Weiterbildung	
Datum/Zeitraum	

Hiermit möchte ich nach den Förderrichtlinien der Ärztegenossenschaft die Förderung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenten¹ für meine oben genannte Medizinische Fachangestellte beantragen. Ich bestätige, die Medizinische Fachangestellte für die Zeit der Weiterbildung von der Arbeit in der Praxis freizustellen. Die Bedingungen der Förderrichtlinie vom 17.03.2020 werden anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift ärztl. Leitung/Praxisinhaber

Hiermit bestätige ich, dass ich als Medizinische Fachangestellte nach der Förderrichtlinie vom 17.03.2020 des Kreises Segeberg an der Weiterbildung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenten teilnehmen möchte und erkenne die Förderrichtlinie an.

Ort, Datum

Unterschrift Medizinische Fachangestellte

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.