Name):* ..... *Geb.Datum*):* .....

Adresse):* .....

Plz/ Ort*): .....

Tel.: .....

e-mail: .....

**) Pflichtfelder*

An das
Österreichische Institut für Allgemeinmedizin
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt

Datum: .....

Betrifft: **Fortbildungsdiplom für MAB des ÖIFAM**

Ich ersuche höflich um Zuerkennung des

Fortbildungsdiploms für MAB

des Österreichischen Institutes für Allgemeinmedizin.

In der Anlage übermittle ich Ihnen die erforderlichen Unterlagen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift: .....

Anlagen:
- **nur erforderlich**, wenn Teilnahmebestätigungen **nicht** vom ÖIfAM ausgestellt sind.

Bedingungen für die Verleihung des Fortbildungsdiploms

- Absolvierung von insgesamt 30 Fortbildungspunkten in 3 Jahren(=AE à 45 min.)