



**Landesärztekammer Thüringen  
Abteilung Weiterbildung  
Im Semmicht 33  
07751 Jena**

**Erklärung gegenüber  
der Landesärztekammer Thüringen,  
Abteilung Weiterbildung**



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

Mitgliedsnummer

Name	Vorname	Titel
------	---------	-------

**Dienstanschrift**

Einrichtung / Abteilung		
Straße		PLZ, Ort
Telefon	Mobil	E-Mail

Nach der aktuell gültigen Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen werden im Bereich der Weiterbildung folgende Gebühren 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**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Überweisung** (Die Bearbeitung des Antrages erfolgt erst nach Eingang der Gebühr.)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Erfurt  
IBAN: DE 40 3006 0601 0003 1014 01 \_\_\_\_\_ BIC: DAAEDED

**Verwendungszweck: 77 - Vorname, Name**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**  
(nur möglich bei Kontoverbindung innerhalb Deutschlands)

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE 87 ZZZ0 0000 0706 68

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.

Geldinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift