Deklaration der Fortbildung

(Diese Deklaration ist für jede Person pro Jahr einmal auszufüllen, sofern sie über eine Zulassung zur Abrechnung von ambulanten neuropsychologischen Leistungen verfügt)

Name und Adresse der Institution : (Spital, Institut, Praxis)	
Name der Institution:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	

Teilnehmer/in an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen	
Name / Vorname:	
Funktion im Betrieb	

Deklaration der Anlässe

Datum	**Bezeichnung der Anlässe**	**Ort**	**Anrechenbare Stunden**
		Total Stunden	

Bitte Kopien von Teilnahmebestätigungen, Zertifikaten usw. beilegen.

Ort, Datum: Unterschrift:

Zustelladresse:
Bundesamt für Sozialversicherung
Geschäftsfeld Invalidenversicherung
PVK-Neuropsychologie
Effingerstrasse 20
3003 Bern