

Antrag auf Anerkennung einer Präsenz-Fortbildungsveranstaltung

**(ATF-Anerkennung oder Anerkennung gemäß § 7 der Berufsordnung für das
Zuständigkeitsgebiet der Tierärztekammer Niedersachsen)**

zur Vorlage bei der Akademie für tierärztliche Fortbildung der Bundestierärztekammer e.V.
(atf@btkberlin.de)

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN:

Bitte füllen Sie alle dargestellten Felder im Formular (Seite 2) aus und fügen ggf. Anlagen bei. Die Informationen dienen zur Bewertung der Veranstaltung. Die Bearbeitung ist dadurch erleichtert und die Bearbeitungszeit bei vollständig ausgefüllten Anträgen deutlich verkürzt!

Bitte schicken Sie den Antrag per E-Mail an die

Akademie für tierärztliche Fortbildung der Bundestierärztekammer e.V.

Französische Str. 53

10117 Berlin

E-Mail: atf@btkberlin.de

Fax: 030/2 01 43 38-90

VORAUSSETZUNGEN ZUR ANERKENNUNG ALS FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG:

Nur vollständige Anträge werden bearbeitet. Vom Veranstalter muss eine Teilnehmerliste geführt werden, die der Tierärztekammer Niedersachsen bei Nachfrage vorzulegen ist. Ein Muster der ausgeteilten Teilnahmebescheinigung ist aufzubewahren.

Für eine ATF-Anerkennung ist die Fortbildung für alle Tierärztinnen und Tierärzte zugänglich zu gestalten und rechtzeitig öffentlich anzukündigen. Sollte dieses nicht der Fall sein, kann bei Erfüllung aller weiteren Anforderungen eine Anerkennung gemäß § 7 Berufsordnung der Tierärztekammer Niedersachsen ausgesprochen werden

Im Vordergrund jeder Veranstaltung steht die Vermittlung neuen Wissens und aktueller Entwicklungen. Rein fachliche Mitteilungen im Sinne von Dienstbesprechungen im öffentlichen Dienst oder gemeinsame Visiten bei einer Tätigkeit in einer Praxis/Klinik erfüllen in der Regel nicht den Anspruch an ein anzuerkennendes Fortbildungsangebot.

Die Referenten müssen eine ausreichende fachliche Qualifikation im Themengebiet aufweisen.

Für die Anerkennung beachten Sie bitte die Hinweise zum Datenschutz (<https://www.bundestieraerztekammer.de/atf/datenschutz/>) sowie die Hinweise zur ATF-Anerkennung (<https://www.bundestieraerztekammer.de/atf/anerkennung/>), insbesondere für die anfallenden Gebühren. Ohne Einwilligung zur Datenverarbeitung ist leider keine Inanspruchnahme von Leistungen der ATF möglich.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Antrag vollständig aus, Anlagen können gerne beigelegt werden.

Antragssteller/in bzw. Ansprechpartner/in ggf. Rechnungsempfänger/in <i>(wenn abweichend zum Antragsteller)</i> Institution und Adresse		
Titel/Bezeichnung der Veranstaltung		
Ort der Veranstaltung		
Datum der Veranstaltung		
Programm der Veranstaltung <i>(bitte vollständigen Zeitplan eintragen oder beifügen)</i>		
Referentin/Referent(en) (Titel, Beruf, Qualifikation, Informationen zur Tätigkeit <i>[z.B. wo und in welcher Stellung tätig]</i>)		
Veranstalter <i>(wenn abweichend zum Antragsteller)</i>		
Teilnehmerkreis		
Angestrebte Teilnehmerzahl		
Öffentliche Bekanntmachung für TÄ: <i>(bitte Zutreffendes ankreuzen und bei „Ja“ in der unteren Zeile den „Ort“ angeben [URL, Zeitschrift etc.])</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Öffentliche Zugänglichkeit für TÄ: <i>(bitte Zutreffendes ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beantragte ATF- bzw. Fortbildungsstundenzahl		
<input type="checkbox"/> Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für diesen Antrag auf ATF-Anerkennung ein (https://www.bundestieraerztekammer.de/atf/datenschutz/).		

Ort, Datum

Unterschrift