**Ansuchen um Anerkennung – Fortbildung (§ 9, Abs. 1)**

|  |
| --- |
| Name der LogopädIn (Nachname, Vorname), Mitgliedsnummer |
|       |
| Adresse (PLZ, Ort) |
|       |
| Telefonnummer | E-Mail Adresse |
|       |       |

**Einzelanerkennung einer zu besuchenden Fortbildung**

|  |
| --- |
| Name des Veranstalters |
|       |
| Adresse (PLZ, Ort) |
|       |
| Telefonnummer | Faxnummer |
|       |       |
| E-Mail Adresse | Internetadresse |
|       |       |

|  |
| --- |
| Name der ReferentIn (Nachname, Vorname) |
|       |
| Berufsbezeichnung |
|       |
| Beruflicher Werdegang (Aus- und Weiterbildung, Qualifikationsnachweis zum Fortbildungsthema) |
|       |

|  |
| --- |
| Titel und Datum der Fortbildungsmaßnahme |
|       |
| TeilnehmerInnen / Zielgruppe | Unterrichtseinheiten à 45 Minuten |
|       |       |
| Kurzbeschreibung des Fortbildungsinhalts (1200 Zeichen) |
|       |

**Anmerkungen**

Ich bestätige mit meiner (elektronischen) Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum Unterschrift

***Bitte nicht ausfüllen!***

**logopädie**austria vergibt für die oben genannte Fortbildungsmaßnahme eine Fortbildungs­punkteanzahl von       Punkten. Die Anerkennung durch das Präsidium erfolgte am      .

Für die Anerkennung werden folgende Kosten in Rechnung gestellt:

**Basiseingabe €** **.-**

**Überweisungsdaten:**

Bankinstitut: Volksbank Kufstein reg.Gen.mbH, lautend auf **logopädie**austria

Kennwort: Fortbildungsanerkennung /

Kontonummer: **394963**

Bankleitzahl: **43770**

Sämtliche Gebühren zulasten des Antragstellers