

**Akademie für Fortbildung
der Ärztekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen**

Absender:

oder per Fax: 04 21/34 04 -269

Erklärung des Veranstalters

Offenlegung von Interessenkonflikten

Ich beantrage die Anerkennung der Veranstaltung _____

am _____ in Bremen/Bremerhaven.

Die Veranstaltung wird mit _____ € unterstützt.

Beteiligte Sponsoren: _____

Aufschlüsselung der Summe in einzelne Positionen:

Referentenhonorare:
Reisekosten Referenten:
Übernachtung Referenten:
Reisekosten Teilnehmer:
Übernachtung Teilnehmer (pro Person):
Aufwand für Verpflegung (pro Teilnehmer):
Raum/Technik:
Standmiete:
Anderes:

Ort, Datum

Unterschrift