

Abs.:

Einverständniserklärung

- der ärztlichen Leitung**
des ärztlichen Fachlehrers
des physiotherapeutischen Fachlehrers

Hiermit erkläre ich mich einverstanden im Rahmen der Ausbildung Manuelle Lymph-
drainage / Manuelle Therapie als prüfungsberechtigte Weiterbildungskraft für

folgenden Weiterbildungsträger:
.....

an folgenden Weiterbildungsstätten:
.....

tätig zu sein.

Ich bin bereits in der Anlage 1 bzw. 2 der Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenemp-
fehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V unter dem

Weiterbildungsträger
.....

gelistet.

Die dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,
vorliegenden Angaben zu meiner Person haben sich nicht geändert.

Ort und Datum

Unterschrift