**Ansuchen um Einzelanerkennung (§ 7)**

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

**Einzelanerkennung einer zu besuchenden Fortbildung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des\_der Veranstalter\_in | |
|  | |
| Adresse (PLZ, Ort) | |
|  | |
| Telefonnummer | Faxnummer |
|  |  |
| E-Mail Adresse | Internetadresse |
|  |  |

|  |
| --- |
| Name des\_der Referent\_in (Nachname, Vorname) |
|  |
| Berufsbezeichnung |
|  |
| Beruflicher Werdegang (Aus- und Weiterbildung, Qualifikationsnachweis zum Fortbildungsthema) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titelund Datum der Fortbildungsmaßnahme | |
|  | |
| Teilnehmer\_innen / 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      .

Die bewilligte Einzelanerkennung muss dem Antrag auf das MTD-CPD Zertifikat beigelegt werden.

Für Mitglieder ist die Ausstellung der Einzelanerkennung kostenlos. Für Nicht-Mitglieder wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 15,- in Rechnung gestellt.