



BESCHEINIGUNG

PFLEGEBEZOGENES AUDIOFORMAT – PODCAST

Zur Anerkennung von Fortbildungspunkten gemäß der Fortbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Anlage 1 Ziffer 2, bescheinige ich hiermit selbst, dass ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

in der Zeit vom bis zum folgende Podcasts angehört habe:

	NAME DES ANBIETERS	NAME DES PODCASTS	THEMENSCHWERPUNKT
1.			
2.			
3.			

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied