



Einverständniserklärung und Antrag zur Ehrung (MFA/AH)

Mit der **namentlichen Veröffentlichung** sowohl in der Print- als auch in allen Online-Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes bin ich/sind wir einverstanden.

Ja

Nein

Mir ist bekannt, dass die Veröffentlichung zu Informationszwecken im Rahmen der Berichterstattung des Hessischen Ärzteblattes erfolgt.

Vor- und Nachname

Examierte/-r Medizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA) / Arzthelfer/-in:

Ja

Nein

Die folgenden Angaben dienen der Ausstellung der Urkunde sowie der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt:

Derzeitige Praxis (Name und Ort):

Vorherige Praxis (Name und Ort):

Ort/Datum

Unterschrift der/des zu Ehrenden

Praxisstempel/
Unterschrift