**Fortbildungsprotokoll für SIM Zertifikatsinhaber\*innen**

Name:       Vorname:       Geburtsdatum:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Name der Veranstaltung** | **Ort** | **SIM Credits** | **Andere Credits** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Bestätigung**

**Für absolvierte Fortbildung gemäss Fortbildungsreglement der Swiss Insurance Medicine**

Hiermit bestätige ich, in den vergangenen fünf Jahren 50 Credit-Punkte (auf Grund der Covid-19 Pandemie müssen im Jahr 2020 5 Credit-Punkte weniger erworben werden, sprich total 45 Credit-Punkte für 5 Jahre) erworben zu haben, sowie die oben aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen besucht und korrekt vermerkt zu haben.

Ein Credit-Punkt entspricht einer Fortbildungsstunde.

Bei einer Stichprobe durch die Fortbildungsverantwortliche bin ich in der Lage, die im [Fortbildungsreglement](https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/Rezertifizierung.html) verlangten Nachweise für die im Fortbildungsprotokoll aufgeführten Veranstaltungen zu erbringen.

Ort/Datum: Unterschrift:

