

**Veranstaltungsnr:**

**Veranstalter/in:**

**Titel der Fortbildung:**

**Kategorie:**

**Fortbildungspunkte:**

---

## **Teilnahmebescheinigung**

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in: \_\_\_\_\_

wird bescheinigt, an der von der Psychotherapeutenkammer Berlin lt. Bescheid vom  
\_\_\_\_\_  
zertifizierten Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel

am:

in  
**Berlin**

teilgenommen zu haben.

**Anzahl der Fortbildungspunkte:** \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des/ der Wissenschaftlichen Leiter/in