



## ANMELDEFORMULAR

### Fortbildung im ärztlichen Bereitschaftsdienst am 2. und 9. September 2026 in Ludwigslust

#### Angaben Teilnehmer

Ich , \_\_\_\_\_  
*Vorname, Name*

LANR/EFN \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_

akt. Tätigkeit \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

- bestätige die verbindliche Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung im ärztlichen Bereitschaftsdienst, welche am **02.09.2026 (Teil 1)** und **09.09.2026 (Teil 2)** in Ludwigslust stattfindet.
- kann leider nur an einem Teil der Fortbildungsveranstaltung teilnehmen und bestätige folglich die verbindliche Teilnahme am \_\_\_\_\_.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt und Praxisstempel

#### Hinweise zur Fortbildung

Das Anmeldeformular senden Sie bitte ausgefüllt **per Fax an 0385.7431.66367** oder als **E-Mail an: [fortbildung@kvmv.de](mailto:fortbildung@kvmv.de)** zurück. Nach Anmeldung erfolgt die Rechnungslegung über die Teilnahmegebühr in Höhe von **50 Euro pro Veranstaltungstag (inklusive Verpflegung)**.

**Kontakt:** Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern – Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung, Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin; Ansprechpartnerin: Daniela Krato, E-Mail: [fortbildung@kvmv.de](mailto:fortbildung@kvmv.de), Tel.: 0385.7431-367.