

ANMELDEFORMULAR

Fortbildung im ärztlichen Bereitschaftsdienst
am 25. Februar 2026 und 4. März 2026 in Greifswald

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 **25.02.2026 (Teil 1)** und **04.03.2026 (Teil 2)** in Greifswald 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** 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, Tel.: 0385.7431-367.