



Anmeldeformular:

Fortbildung im ärztlichen Bereitschaftsdienst

am 10. September 2025 und 24. September 2025 in Schwerin

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 **10.09.2025 (Teil 1)** und **24.09.2025 (Teil 2)** in Schwerin 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.