



Seminar für Praxisgründer 8. & 9. Juli 2026

Anrede	Titel	Vorname	Nachname
Geburtsdatum		Wohnanschrift	
E-Mail-Adresse		Telefon	
LANR		EFN / Mitgliedsnummer der OPK	
Ich plane eine Niederlassung als Facharzt/Fachärztin für ...			
am Standort/ in der Region ...			
Derzeit bin ich tätig in/als ...			

☐ Der o.g. Teilnehmer ist gleichzeitig Rechnungsempfänger
oder abweichende Rechnungsanschrift:

Anrede	Titel	Vorname	Nachname
Anschrift			
E-Mail-Adresse			Telefon
LANR			BSNR

Kontakt: Abteilung Sicherstellung, Team Fortbildungen u. Veranstaltungen
E-Mail: fortbildung@kvmv.de
Tel.: 0385.7431367, Fax: 0385.743166367