



# ANMELDEFORMULAR

## Seminar für Praxisgründer 19. & 20. November 2025

### Teilnehmer

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...

### Rechnungsempfänger (Praxis)

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](mailto:fortbildung@kvmv.de)

Tel.: 0385.7431 367, Fax: 0385.7431 66367