

## ANMELDEFORMULAR

### Seminar für Praxisgründer 18. & 19. November 2026

#### 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  
Tel.: 0385.7431367, Fax: 0385.743166367