



Seminar für Praxisgründer 18. & 19. November 2026

Anrede	Titel	Vorname	Nachname
--------	-------	---------	----------

Wohnanschrift

Telefon

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