Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

ANMELDEFORMULAR

Seminar für Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung am 07.11.2025

Teilnehmer

Anrede | Titel | Vorname | Nachname

Geburtsdatum | Wohnanschrift

E-Mail-Adresse | Telefon

Für Studierende:

Derzeit befinde ich mich in folgendem Studienjahr…

Ich plane eine Facharztweiterbildung für…

☐ Ich bin noch unentschlossen.

Welche Fragen/ Erwartungen habe ich an dieses Seminar…

Für Ärzte in Weiterbildung:

Derzeit befinde ich mich in folgendem Weiterbildungsjahr…

Ich befinde mich in der Facharztweiterbildung für…

am Standort/ in der Region…

Welche Fragen/ Erwartungen habe ich an dieses Seminar…

Kontakt: Abteilung Sicherstellung, Team Fortbildungen u. Veranstaltungen
E-Mail: fortbildung@kvmv.de
Tel.: 0385.7431 367, Fax: 0385.7431 66367