

An die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Referat Aus- & Weiterbildung

per Fax: 0381 492 807 900

ANMELDUNG

Ich/Wir möchte/n an folgendem Fortbildungsangebot* teilnehmen:

Veranstaltung:	
Datum und Zeit:	
Vor- und Zuname:	
Straße:	
PLZ und Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
	Arztpraxisstempel:

** bei Mehrbedarf bitte kopieren*

Die Anmeldung gilt als verbindlich, falls keine Absage durch die Ärztekammer M-V erfolgt.
Bei Verhinderung hat der Teilnehmer die Ärztekammer M-V sofort zu informieren.

Datum, Unterschrift: _____