

# Anmeldung für Seminare



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Mitgliederservice und Beratung  
Veranstaltungsmanagement  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

Praxisstempel bzw. Name, Adresse, Telefonnummer

**Anmeldung per Fax an:**  
**0 89 / 5 70 93 – 4 00 21**

**Telefonnummer bei Fragen zu Seminaren:**  
**0 89 / 5 70 93 – 4 00 20**

**Anmeldeschluss ist 14 Tage vor dem jeweiligen Seminartermin.**  
**Die Anmeldung wird erst nach Erhalt einer Anmeldebestätigung wirksam.**

Ich melde verbindlich unter Anerkennung der „Allgemeinen Teilnahmebedingungen für Seminare“ und der in der Seminarbroschüre ausgewiesenen Teilnahmegebühr je Teilnehmer und Seminar folgende Teilnehmer an. Bei kostenpflichtigen Seminaren bin ich damit einverstanden, dass die Teilnahmegebühr vom Honorarkonto abgebucht wird. Bei Praxismitarbeitern erfolgt die Abbuchung vom Honorarkonto der Praxis. Die Praxismitarbeiter informieren den Praxisinhaber über die Abbuchung der Teilnahmegebühr.

Seminartitel	Termin	Ort	Teilnehmer (Vor- und Nachname, BSNR und – wenn vorhanden – LANR)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift