



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Anmeldeformular

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden!

eingescannt per Mail an: sfriedrich@kvbb.de
per Fax an: 0331-2309 288

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Ansprechpartner bei Fragen: Daniel Baganz (Tel.: 0331 2309-267)

Für die Veranstaltung (bitte ankreuzen) am

- Mentorenschulung - Grundlagen**
am Mi. d. 19.03.2025, 14:30 – 18:00 Uhr
Im Haus der Brandenburgischen Ärzteschaft, Pappelallee 5, 14469 Potsdam
!max. 50 Teilnehmerplätze verfügbar!

- Mentorenschulung 1 - zur Vertiefung**
am Mi. d. 21.05.2025, 15:00 – 18:00 Uhr
online
!max. 50 Teilnehmerplätze verfügbar!

- Mentorenschulung 2 - zur Vertiefung**
am Mi. d. 26.11.2025, 15:00 – 18:00 Uhr
online
!max. 50 Teilnehmerplätze verfügbar!

melde/n ich/wir die nachfolgend genannte/n Person/en verbindlich an:

Name/n des/r Teilnehmer/in/s: _____
(bitte deutlich schreiben)

Email: _____

Sofern Sie trotz Anmeldung nicht an der Schulung teilnehmen können, bitten wir um eine Abmeldung.

Wichtig!

**Wir weisen darauf hin, dass nur schriftliche Anmeldungen berücksichtigt werden können.
Deshalb verwenden Sie bitte unbedingt dieses Formular für Ihre Anmeldung!**

Ort/Datum

Unterschrift, Praxisstempel