

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

## Anmeldeformular

**Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden!**

eingescannt per Mail an: [sfriedrich@kvbb.de](mailto: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 1 - für Neueinsteiger**  
am **Mi. d. 29.05.2024**, 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. 22.05.2024**, 15:00 – 18:00 Uhr  
online  
**!max. 50 Teilnehmerplätze verfügbar!**
- Mentorenschulung 2 - zur Vertiefung**  
am **Mi. d. 06.11.2024**, 15:00 – 18:00 Uhr  
online  
**!max. 50 Teilnehmerplätze verfügbar!**
- Mentorenschulung 2 - für Neueinsteiger**  
am **Fr. d. 06.12.2024**, 14:30 – 18:00 Uhr  
Im Haus der Brandenburgischen Ärzteschaft, Pappelallee 5, 14469 Potsdam  
**!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