

# ANMELDUNG ZUM WORKSHOP HEILMITTELVERORDNUNG



Bitte senden Sie Ihre Anmeldung ausgefüllt an die KZV Berlin.

KZV Berlin  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

[kb-workshop@kzv-berlin.de](mailto:kb-workshop@kzv-berlin.de)  
Fax: 030 89004-46413

Abrechnungsstempel

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Workshop „Heilmittelverordnung“ an:

Thema: Richtlinien/Ausfüllhinweise/Umsetzung  
Datum: \_\_\_\_\_  
Veranstaltungsort: KZV Berlin, Georg-Wilhelm-Str. 16, 10711 Berlin, Großer Saal  
Referentinnen: Christina Danne | Fanny Ludwig  
Kosten: Der Workshop ist kostenlos.  
Verpflegung: kalte Getränke  
Sie haben Fragen? Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter 89004-244/-262.

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Teilnehmerin/des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Teilnehmerin/des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers