

Bitte lesbar ausgefüllt zurücksenden per

- Online-Formular
- E-Mail an [fortbildung@aeksa.de](mailto:fortbildung@aeksa.de)
- Fax an 0391-6054-77 50
- Post an Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Abteilung Fortbildung  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg



**ÄRZTEKAMMER SACHSEN-ANHALT**  
Abteilung Fortbildung  
**VERBINDLICHE ANMELDUNG**

VERANSTALTUNG:	MITWIRKUNG BEIM IMPFMANAGEMENT IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS (für MFA)
FORM:	Halb-Tages-Veranstaltung
TERMIN:	11.10.2023
ZEITRAHMEN:	15.00 - 19.00 Uhr
ORT:	Verwaltungszentrum für Heilberufe, Seminarraum U54 Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg
GEBÜHR:	50 € (inkl. Pausenverpflegung)
ANSPRECHPARTNER:	Hr. Wolff ☎ 0391-6054-77 20

Die Teilnahmebedingungen sowie die Informationen zur Datenverarbeitung für Teilnehmer für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Sachsen-Anhalt habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden (einsehbar unter [www.aeksa.de](http://www.aeksa.de) > Arzt > Fortbildung > Teilnahmebedingungen und Hinweise Datenverarbeitung). Mit der Anfertigung von Bild- u. Tonaufnahmen während der Veranstaltung bin ich einverstanden.

TITEL, NAME, VORNAME .....

GEBURTSDATUM: .....

RECHNUNGSANSCHRIFT: .....

TELEFONISCH ERREICHBAR: .....

E-MAIL-ADRESSE: .....

DATUM: .....