Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung

**Absender** *(bitte ausfüllen*)

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Facharztbezeichnung:

Mühlbaurstr. 16

81677 München

Tel.: 089-4147-358

E-Mail: **info@kostf-bayern.de**

**Anmeldung**

zur Online-Informationsveranstaltung

**Weiterbildungsverbund**

**und**

**Weiterbildungsbefugnis**

**Ich nehme teil am** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

[ ]  **Mittwoch, 10.09.2025, 18:30 - 20:00 Uhr** (Anmeldeschluss 31.08.2025)

[ ]  **Mittwoch, 29.10.2025, 18:30 - 20:00 Uhr** (Anmeldeschluss 19.10.2025)

Bitte schicken Sie mir die **Online-Zugangsdaten an**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(bitte personalisierte E-Mail-Adresse ergänzen)*

Ich hätte gerne nähere Informationen zu folgenden Fragen bzw. Themenschwerpunkten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (Unterschrift)