

## ANMELDUNG EINER VERSAMMLUNG DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

*Bitte folgende Felder ausfüllen:*

<b>Veranstalter:in:</b>	
<b>Einladung ergeht an:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Uhrzeit:</b>
<b>Ort:</b>	
<b>Programm vor/nach der Fortbildungsveranstaltung:</b>	
<b>Titel der Fortbildungsveranstaltung:</b>	
<b>Referent:innen:</b>	
<b>Pharmafirma inklusive Kontaktdaten Ansprechperson:</b>	
<b>Barcodeliste schicken an:</b>	
<b>Bitte um Approbation der Veranstaltung für:</b>	<b>Fortbildungspunkte</b>

\_\_\_\_\_  
Bezirksärztevertreter

\_\_\_\_\_  
Vertreter der Ärzte für Allgemeinmedizin

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

