

**Zielgruppe:** PraxisinhaberIn und PraxismitarbeiterIn  
**Teilnehmeranzahl:** 80  
**Seminartermin:** Donnerstag, 29. September 2022, 19 Uhr bis ca. 21 Uhr  
**Seminarort:** WebSeminar  
**Referent:** N.N., AOK Niedersachsen  
**Ansprechpartner:** Olaf Saust, KVN Bezirksstelle Oldenburg, Amalienstraße 3, 26135 Oldenburg,  
 Telefon: 0441 21006-123, Fax: 0511 380-4652, E-Mail: [olaf.saust@kvn.de](mailto:olaf.saust@kvn.de)  
**Teilnehmergebühr:** kostenlos

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_ Person/en teil (maximal 5 Teilnehmer).

Teilnehmer 1:

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 3:

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 5:

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 2:

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 4:

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

**Rechnungsempfänger**

\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

Anschrift des Rechnungsempfängers (Praxis)

\_\_\_\_\_

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

\_\_\_\_\_

LANR.

\_\_\_\_\_

BSNR.

\_\_\_\_\_

10.08.2022

\_\_\_\_\_

Datum

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.