

**Teilnehmeranzahl:** 50  
**Seminartermin:** Mittwoch, 12. Oktober 2022, 15 bis ca. 18 Uhr  
**Seminarort:** Seminarzentrum der KVN im Gebäude, Schiffgraben 22-28 (Erdgeschoss), 30175 Hannover  
**Teilnehmergebühr:** kostenlos  
**Zielgruppe:** Praxismitarbeiter\*innen  
**Ansprechpartner:** Petra Rakebrandt-Juda, KVN Bezirksstelle Hannover, Schiffgraben 26, 30175 Hannover, Telefon: 0511 380-4461, Telefax: 0511 380-4630, E-Mail: [petra.rakebrandt-juda@kvn.de](mailto:petra.rakebrandt-juda@kvn.de)

**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

\_\_\_\_\_  
10.08.2022

\_\_\_\_\_  
LANR.

\_\_\_\_\_  
BSNR.

\_\_\_\_\_  
Datum

- Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.  
 Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.