



Anmeldebogen MQW-Fortbildungstag

Name/ Vorname/ MFA o. Ärztin/ Arzt:

Es nehmen _____ **MFA** am Vormittagsprogramm (9.15-12.30 Uhr) teil

Es nehmen _____ **Ärzte/Ärztinnen** am Vormittagsprogramm teil (9.15-12.30 Uhr)

Es nehmen _____ Personen am **Mittagsbuffet** teil

Es nehmen _____ **Ärztinnen/ Ärzte** (mit * markieren) am **Nachmittagskurs** (14.00- ca. 16.00 Uhr) teil

Praxisstempel

ggf. weitere Anmeldebögen nehmen – bitte in Druckschrift

**Anmeldung bitte bis zum 05.11. 2025
an die Geschäftsstelle:**

per Mail: info@mqw.de

per Fax: 04832 – 555 262

