



## Teilnahmeerklärung am Weiterbildungsverbund „Junge Ärzte für die Region Döbeln“

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_

6-stellige MNR Nummer des Berufsregisters der SLÄK, soweit vorhanden

\_\_\_\_\_

Angestrebte Facharzttrichtung

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

Ich habe die Datenschutzerklärung (Information zum Datenschutz, Bearbeitungsstand: 01.04.2023) erhalten, gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Koordinierungsstelle des Weiterbildungsverbundes

Junge Ärzte für die Region Döbeln

Obermarkt 1

04720 Döbeln

Tel.: 0176-95462376

Mail: [weiterbildungsverbund@doebeln.de](mailto:weiterbildungsverbund@doebeln.de)