



Teilnahmeerklärung am Weiterbildungsverbund

Name

Vorname

PLZ; Wohnort

Straße, Hausnummer

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

Angestrebte Facharztrichtung

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.: 0151 18433305

Mail: weiterbildungsverbund@doebeln.de