



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Fr. Pfeifer / Hr. Bauer / Fr. Goldmann  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

**Ansprechpartner**  
Sabrina Pfeifer 040 22 80 2-858  
Michael Bauer 040 22 80 2-388  
Laura Goldmann 040 22 80 2-574  
Telefax 040 22 80 2-576  
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**Anmeldung zu folgendem QM Seminar:**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Seminarthema</b>       | <b>Praxisorganisation an der Anmeldung</b>   |
| <b>Datum</b>              | Mittwoch, 11.08.2021 (14:00 bis 18:00 Uhr)   |
| <b>Veranstaltungsort</b>  | KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg |
| <b>Teilnahmegebühr</b>    | 119,- € (inkl. Seminar Getränke und Imbiss)  |
| <b>Fortbildungspunkte</b> | 7 CME  |
| <b>Zielgruppe</b>         | Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal  |
| <b>Referenten</b>         | Firma DeltaMed Süd GmbH & Co. KG             |
| <b>Hinweis</b>            | Das Seminar findet ab 10 Teilnehmern statt.  |

**Teilnehmerangaben (Druckbuchstaben):**

| Arzt /<br>Ärztin         | Personal                 | Vorname | Nachname | Geschlecht               |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------|----------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |         |          | m                        | w                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Praxisdaten / Rechnungsadresse:**

**Titel, Vorname, Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Straße, Hausnr.:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebenen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an die o. g. Firma weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden: · Allgemeiner Schriftverkehr · Ausstellung von Zertifikaten/Teilnahmebescheinigungen · Rechnungen · Statistiken. Die Daten werden nach gesetzlicher Vorgabe regelmäßig gelöscht und Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihr Einverständnis zur Datenweitergabe zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift