

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin
Mühlbauerstr. 16
81677 München

Fax: 0 89 / 41 47 – 7 26
E-Mail: koordinierungsstelle@kosta-bayern.de

22. SemiWAM

Beratungsanlass Rückenschmerz

Uhrzeit: 09:00 bis 17:00 Uhr

(für Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin)

Anmeldung

Ich nehme teil am
(bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 15.01.2020 in München | (Rückmeldung bis zum 23.12.2019) |
| <input type="checkbox"/> | 22.01.2020 in Regensburg | (Rückmeldung bis zum 30.12.2019) |
| <input type="checkbox"/> | 05.02.2020 in Nürnberg | (Rückmeldung bis zum 14.01.2020) |
| <input type="checkbox"/> | 19.02.2020 in München | (Rückmeldung bis zum 28.01.2020) |
| <input type="checkbox"/> | 04.03.2020 in Würzburg | (Rückmeldung bis zum 11.02.2020) |

→→→→ BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN ←←←←

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Ich bin Arzt/Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bin im Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern (KWAB) eingeschrieben | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

(Die Einschreibung ins KWAB ist Voraussetzung für die Teilnahme an den SemiWAM. Die Teilnahmegebühr des KWAB beträgt 75 € jährlich. Für die Rechnungsstellung werden Ihre Anmeldedaten an das KWAB weitergeleitet. Infos erhalten Sie unter: <http://kwab.info/>)

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| ▪ Ich arbeite zur Zeit | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär |
| ▪ Ich arbeite zur Zeit | <input type="checkbox"/> Vollzeit | |
| | <input type="checkbox"/> Teilzeit mit | Wochenstunden |
| ▪ Ich bin zur Zeit nicht ärztlich tätig | <input type="checkbox"/> Grund:..... | |
| ▪ Welche Frage zum Tagesthema haben Sie aus Ihrer täglichen Arbeit? | | |

Bitte vollständig angeben:

Vor- und Zuname bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail Adresse bitte in Druckbuchstaben

Telefonnummer bzw. Mobilfunknummer

Datum

Unterschrift

Ein gemeinsames Projekt von