

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

KOSTA
Koordinierungsstelle für die
Weiterbildung zum Facharzt in der
Allgemeinmedizin
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

**Bitte bis zum 5. September 2025
zurücksenden!**

E-mail: **KOSTA@aeksa.de**

RÜCKANTWORT

Fortbildungsveranstaltung/Seminartag für Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin

19. September 2025,
09:00 – 15:30 Uhr,

Haus der Heilberufe, Raum E. 78,
Doctor-Eisenbart-Ring 2,
39120 Magdeburg

☐ Ich nehme vor Ort an der o. g. Fortbildungsveranstaltung teil.

☐ Ich nehme am WebEx-Meeting teil, die Zugangsdaten
senden Sie bitte an folgende

E-Mail-Adresse: _____ .

Ort, Datum

Dienststelle

Unterschrift