

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V  
z.H. Doreen Eisbrecher  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin

**E-Mail: [doreen.eisbrecher@kzvmv.de](mailto:doreen.eisbrecher@kzvmv.de)**

**Ich melde mich an zum Seminar:**

**Die erfolgreiche Praxisabgabe** am 28.10.2026 in Warnemünde (Neptun Hotel)

<b>Name, Vorname, Vertragszahnarzt</b> <i>(Druckschrift)</i>	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>E-Mailadresse</b>

---

*Unterschrift, Datum*

---

*Stempel*