



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Registrierung Online-Account für das MFA-Portal

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es an die Bayerische Landesärztekammer

Name des Ausbildungsbetriebes: _____

Anschrift: _____

Verantwortliche/r Ausbilder/in
(Ärztin/Arzt): _____

Privatanschrift: _____

E-Mail-Adresse für
die Registrierung: _____

Haben Sie bisher ausgebildet? ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes

Hinweis: Ihre Angaben werden auf Plausibilität überprüft und mit Ihren Stammdaten in der Bayerischen Landesärztekammer abgeglichen, nur bei eindeutiger widerspruchsfreier Zuordnung, werden Ihnen die Zugangsdaten per E-Mail zugesandt.