Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.

Vorstandsvorsitzender
Dr. med. Sven – Christian Lange
Geschäftsstelle MVM e.V.

Tel.: 03991 / 66 48 10

Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V
Rosa – Luxemburg – Str. 20
17192 Waren (Müritz)

08.03.2026

Einladung zur Mitgliederversammlung mit Wahl des Vorstands am 15.04.2026 ab 16:00 Uhr im Müritz-Klinikum

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitglieder des Versorgungsverbundes,

im Namen des Vorstands des Medizinischen Versorgungsverbundes Müritz e. V. lade ich Sie herzlich zu unserer Jahresmitgliederversammlung für das Jahr 2025 ein.

Termin: **Mittwoch, 15.04.2026; Beginn 16:00 Uhr**
Ort: **MediClin Müritz-Klinikum, Konferenzsaal 4. OG, Weinbergstr. 19, 17192 Waren (Müritz)**

Tagesordnung Mitgliederversammlung:

1. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Rechenschaftsbericht
3. Finanzbericht
4. Bericht der Revisionskommission
5. Entlastung des Vorstands
6. Wahl des Vorstands und der/s Vorstandsvorsitzende/n
7. Vortrag von Frau Baumotte: Vorstellung handtherapeutischer Möglichkeiten bei der Behandlung von Fingerarthrose / Rhizarthrose
8. Bekanntgabe des Wahlergebnisses
9. Wirtschaftsplan
10. Bekanntmachung aktueller Mitgliederzahlen
11. Abstimmung zur neuen Satzung – Änderungen hinsichtl. Mitgliedschaft u. Stellvertreter Vorstandsvorsitzender
12. Bürokraft Frau Brüggmann – Verdienstgrenze für Minijobs stieg zum 01.01.2026 auf 603,00 €
13. Varia
14. Diskussion und Schlusswort

Bitte melden Sie sich mit beigefügter Faxantwort unter **03 991 / 67 43 810** bis zum **29.03.2026** zurück, bei Anforderungen von Wahlunterlagen bitte bis **20.03.2026**. Vielen Dank im Voraus! Wir freuen uns auf Ihr Erscheinen.

Mit freundlichen Grüßen

Vorstandsvorsitzender des MVM e.V.

Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.

FAX-ANTWORT

Bitte bis **29.03.2026**, bei Anforderungen von Wahlunterlagen bis **20.03.26**
richten an: **03991-6743810**
(Praxis Dr. Lange/Dr. Ullmann - Waren)

An der **Mitgliederversammlung** des Medizinischen Versorgungsverbundes Müritz e. V.

Beginn: **Mittwoch, 15.04.2026**, **Beginn 16:00 Uhr**
Ort: **MediClin Müritz-Klinikum, Konferenzsaal 4. OG, Weinbergstr. 19, 17192 Klink**

nehme ich: _____
(Name in Druckbuchstaben)

□ teil
□ nicht teil.

Bei Nichtteilnahme:
Mein Stimmrecht übertrage ich auf: _____
(Für die Mitgliederversammlung) (Name in Druckbuchstaben)

Für die **Vorstandswahl** und die Wahl der/s Vorstandsvorsitzende/n senden Sie mir bitte die Wahlunterlagen zu: □ Ja □ Nein

_____
Klinik / Praxis / Einrichtung u.ä. sowie Unterschrift