



Bescheinigung Assistenzarzt / -ärztin

zur Vorlage anlässlich des Kongresses

CHIRURGIE COMPACT 2018

22.11 – 23.11.2018 | Congress Salzburg

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname _____

Klinik / Institut _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

als Assistenzarzt / -ärztin bzw. Arzt/Ärztin in Ausbildung in unserem Hause beschäftigt ist.

Datum

Stempel Klinik / Praxis
Unterschrift Vorgesetzte/r | Klinikleitung

Bitte senden Sie uns diese ausgefüllte Bescheinigung bis spätestens 10 Tage nach Ihrer Anmeldung per Email an:

Andrea Bichler, MA

Email: office@academy-of-surgeons.com