



## Bescheinigung Assistenzarzt / -ärztin

zur Vorlage anlässlich des Kongresses

**CHIRURGIE COMPACT 2019**

**29.11 – 30.11.2019 | 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](mailto:office@academy-of-surgeons.com)