Anlage zur Anmeldung:
Arzt in Weiterbildung

zurück an:

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg
Fax: 09 11 / 3 93 16 56

Deadline: 1 Woche nach Anmeldung

Absender

Name/Vorname/Titel

Straße

PLZ | Ort

Telefon | Fax

E-Mail | Teilnehmer-Nr. (siehe Belegdruck)

Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass vorgenannte(r) Teilnehmerin/Teilnehmer als

❒ **Arzt in Weiterbildung**

in unserem Hause beschäftigt ist.

Ort/Datum | **Stempel/Unterschrift Ihres Arbeitgebers**