|  |  |
| --- | --- |
| **Teilnahmebescheinigung**  *(nicht zum Verbleib auf der Therapeutenliste)* | |
|  | |
| Vorname, Name: |  |
| wohnhaft in: |  |
|  | |
| hat am: |  |
|  | |
| teilgenommen am Treffen  **Arbeitskreis** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie** | |
|  | |
| Thema: |  |
| Referent\*in: |  |
| Ort: |  |
| Dauer: |  |
| Unkostenbeitrag: |  |
|  | |
| Ort, Datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Leitung Arbeitskreis) | |