TOSHIBA MEDICAL

Bitte per Fax oder Mail anmelden.

DIENSTHERRRENGENEHMIGUNG

Genehmigung der medizinischen Einrichtung (Dienstherr/Arbeitgeber/Verwaltung)

Erklärung der [Name der medizinischen Einrichtung]

_____

Wir haben das an Frau / Herrn _____ gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.
Vor- und Nachname

Wir sind einverstanden, dass Frau / Herr _____ im Rahmen der Dienstausübung für unsere
Vor- und Nachname

Einrichtung an der Veranstaltung

- ◯ 27. - 28. Januar 2017 - „CT – Grundlagen Intensiv Kurs“ in Neuss
- ◯ 24. – 25. März 2017 - „Vitrea® - Bildnachverarbeitung Basiskurs“ in Neuss
- ◯ 22. – 23. September 2017 - „Vitrea® - Bildnachverarbeitung für erfahrene Anwender“ in Neuss
- ◯ 17. - 18. November 2017 - „CT – Grundlagen Intensiv Kurs“ in Neuss

teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____