

**GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG
(Dienstherr/Arbeitgeber/Verwaltung)**

(Bitte füllen Sie für jeden Teilnehmer ein Exemplar aus – Vielen Dank im Voraus)

ERKLÄRUNG

Name der medizinischen Einrichtung

Wir haben das an _____ gerichtete

Titel bzw. Anrede/Vor- und Nachname

Schreiben zur Kenntnis genommen.

Wir sind einverstanden, dass _____ im Rahmen der

Titel bzw. Anrede/Vor- und Nachname

Dienstausübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird, und erklären uns mit der Kostenübernahme (Einzelzimmer incl. Frühstück € 99,-, und Tagungspauschale incl. Bewirtung während der Veranstaltung bis € 60,-) durch Canon Medical Systems GmbH Deutschland einverstanden.

Name in Druckbuchstaben

Funktion

Ort

Datum:

Unterschrift:

Stempel

**Rückantwort bitte per FAX an Martina Miczek 02131/1809-122 oder
Mail: martina.miczek@eu.medical.canon**