



CANON MEDICAL SYSTEMS GMBH

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 Dienstausbübung für unsere
Vor- und Nachname

Einrichtung an der Veranstaltung

- Anatomiekurs (Donnerstag, 07.11.2019)
- Physikalischer Background, praktische Beispiele, Artefakte und Hands-on MR (Freitag, 08.11.2019)
- Canon Open MR-MEETING (Freitag, 08.11.2019 und Samstag, 09.11.2019)
- Get Together (Freitag, 08.11.2019)

Das Get Together findet am Freitag, den 08.11.2019 anlässlich des Canon Open MR Meetings in Hamburg statt. Die Kosten in Höhe von € 60,00 für die Bewirtung übernimmt die Firma Canon. Die Kostenübernahme durch Canon Medical Systems wird hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen uns und Ihrer Einrichtung stehen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Kostenübernahme nicht in der Erwartung erfolgt, dass diese bei zukünftigen Beschaffungs- und Verordnungsentscheidungen zugunsten von Produkten unseres Unternehmens Berücksichtigung findet.

in Hamburg teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____