

**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 Service Administration 02131/1809-122 oder  
Mail: Service.de@eu.medical.canon**