

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 dem Workshop „CT Workshop Modul I“ am 06. + 07.05.2022 in Neuss teilnehmen wird.

Das gemeinsame Abendessen findet am Freitag, den 06.05.2022 statt. Die Kosten in Höhe von max. € 40,00 für die Bewirtung übernimmt die Firma Canon Medical Systems. 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.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift / Stempel: _____