

## 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 / Herrn \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

im Rahmen der Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung

- CT Workshop Modul III / 15.-16.09.2023
- Get-Together (15.09.2023)

teilnimmt.

Das Get-Together findet anlässlich des CT Workshop Modul III statt. Die Kosten in Höhe von € 50,00 für die Bewirtung übernimmt die Firma Canon Medical Systems GmbH. Die Kostenübernahme durch Canon Medical Systems GmbH wird hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen Canon 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: \_\_\_\_\_