



Teilnahmebestätigung

Frau/Herrn _____

wohnhaft in _____

wird die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer Brandenburg anerkannten Fortbildungsveranstaltung bestätigt.

Titel der Veranstaltung: TESSYS(R)/ILESSYS(R) Endoscopic Surgical Systems - transforaminal and interlaminar access
Veranstaltungsort: Wendisch Rietz
Veranstaltungstermin: 05.07.2013 Beginn: 10:00 Uhr - 06.07.2013 Ende: 16:00 Uhr
Veranstalter: Medizinisches Kompetenzzentrum
Wissenschaftlicher Leiter: Dr. med. Guntram Krzok

Datum _____

Stempel/Unterschrift *
Wissenschaftlicher Leiter

* Originalunterschrift der/des wissenschaftlichen Leiterin/Leiters ist erforderlich.

VNR		EFN (Barcode)
Kategorie C	Punkte 18	Die Veranstaltung wird für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Brandenburg anerkannt.