



## Anlage zur Anmeldung: Arzt in Weiterbildung

zurück an:

MCN Medizinische Congress-  
organisation Nürnberg GmbH  
Neuwieder Str. 9  
90411 Nürnberg  
Fax: 09 11 / 3 93 16 56

**Deadline: 1 Woche nach Anmeldung**

### Absender

Name/Vorname/Titel

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Teilnehmer-Nr. (siehe Belegdruck)

### Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass vorgenannte(r) Teilnehmerin/Teilnehmer als

**Arzt in Weiterbildung**

in unserem Hause beschäftigt ist.

Ort/Datum

**Stempel/Unterschrift Ihres Arbeitgebers**