

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Kongresse und Fortbildung
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden

Fax: 0611-18133-23 oder per E-Mail: fortbildung@bdi.de

Bescheinigung zur Vorlage bei der Anmeldung

zur Veranstaltung _____

Hiermit bestätigen wir, dass Herr/Frau _____

sich seit _____ als Assistenzarzt/ärztin in Weiterbildung zum/zur
Monat/Jahr

Facharzt/ärztin für _____

bis voraussichtlich _____ in unserem Hause beschäftigt ist.
Monat/Jahr

Ort / Datum

Unterschrift + Stempel des Arbeitgebers