

wikonect GmbH
excellence in aesthetic medicine 2019
Hagenauer Straße 53
65203 Wiesbaden

per Fax: + 49 (0) 611 204809-10
per Email: seminar@wikonect.de

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____

derzeit bei _____ als

Assistenzarzt/Assistenzärztin oder Arzt/Ärztin in Weiterbildung angestellt ist.

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel
der Verwaltung oder Personalabteilung _____