

Teilnehmer des excellence in aesthetic medicine-Seminars

per Fax: +49 (0) 611 204809-10

per E-Mail: 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