

wikonect GmbH  
**excellence in aesthetic medicine 2020**  
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 \_\_\_\_\_