

BESCHEINIGUNG ÜBER TÄTIGKEIT ALS ASSISTENZARZT/-ÄRZTIN ARZT/ ÄRZTIN IN WEITERBILDUNG

97. Jahrestagung der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft e.V.
Rostock, Kongresszentrum Hohe Düne - 28. - 30. August 2026

Per E-Mail an CCJ.Rostock@t-online.de, oder
per Fax: 0381 800 39 88
oder nutzen Sie den Sendebutton,
um das Formular direkt über Ihre E-Mail-App an uns zu senden.

_____	Herr	Frau
Titel		
_____		_____
Vorname		Nachname

Anschrift Arbeitgeber / Institution / Klinik / Praxis		

Straße		
_____		_____
PLZ		Ort
_____		_____
Telefon		E-Mail

ist derzeit bis zum _____

bei mir/uns als Assistenzarzt/-ärztin bzw. Arzt/Ärztin in Weiterbildung angestellt.

Datum

Unterschrift
Stempel Einrichtung / Praxis*
(*die Online-Bescheinigung ist auch ohne Stempel gültig, hier ist die digitale Signatur ausreichend)