

## Anlage zur Anmeldung: Arzt in Weiterbildung

zurück an:

MCN Medizinische Congress-  
organisation Nürnberg GmbH  
Neuwieder Str. 9  
90411 Nürnberg

per Fax: 0911 / 3931678  
per E-Mail: [kuehn@mcn-nuernberg.de](mailto:kuehn@mcn-nuernberg.de)

**Deadline: 1 Woche nach Anmeldung**

### Absender

Name/Vorname/Titel

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Teilnehmer-Nr. (siehe Belegdruck)

### Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass vorgenannte(r) Teilnehmerin/Teilnehmer als

Arzt in Weiterbildung

Auszubildende(r)

in unserem Hause beschäftigt ist.

Ort/Datum

**Stempel/Unterschrift Ihres Arbeitgebers**