



Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname:

Klinik/Praxis:

PLZ, Ort:

als

- Student
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- Facharzt
- Funktionsoberarzt

in unserem Haus beschäftigt ist.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift

Einsenden an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Geschäftsstelle
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
FAX: 030/20215481
E-Mail: office@dgou.de