



**Anlage zur Anmeldung:**  
**Arzt in Weiterbildung / Ärztin in Weiterbildung**

zurück an:  
MCN Medizinische  
Congressorganisation  
Nürnberg GmbH  
Neuwieder Str. 9  
90411 Nürnberg

E-Mail: [ziegler@mcn-nuernberg.de](mailto:ziegler@mcn-nuernberg.de)  
Fax: 09 11 / 3 93 16 56

**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**

in unserem Hause beschäftigt ist.

Ort/Datum

**Stempel/Unterschrift Ihres Arbeitgebers**