# Bestätigung Weiterbildungsvereinbarung

Hiermit bestätigen wir, dass wir mit

Vorname:

Name:

Geburtsdatum

auf untenstehender Abteilung einen Ausbildungsvertrag als Studierende oder Studierenden für das Nachdiplomstudium Wählen Sie ein Element aus. abgeschlossen haben.

Spital:

Abteilung:

Dauer des Ausbildungsvertrages:

vom       bis

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Vorname und Name:      

Funktion:

Stempel der Klinik/Spitals