**Teilnahmebescheinigung**

<<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>

<<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>

<<Address\_GLBL\_Line\_2\_Adrs\_Txt\_GLBL>>

<<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>>

hat am: ***<<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>> - <<Meeting\_MERC\_End\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>***

in: ***<<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>***

an der Fortbildungsveranstaltung **„ <<Meeting\_MERC\_Name>>** **“** teilgenommen.

Die Veranstaltung dauerte von **08:45** **Uhr** bis **17:00 Uhr** und wurde von

**Herrn Dr. med. Johannes-Ulrich Kohns** geleitet.

Der vollständige Besuch der Veranstaltung wurde von der

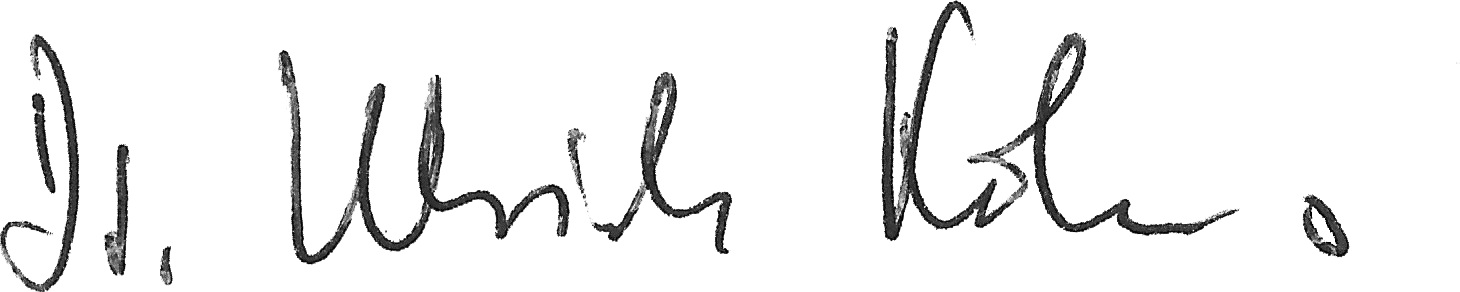
**Landesärztekammer Hessen** unter der Antragsnummer **ANR 13079802**

und unter derunten genanntenKennung **(VNR) in Kategorie C** mit

**10 Fortbildungspunkten** anerkannt.

Ort, Datum: Verantwortlicher Leiter

*Unterschrift im Original*



…………………………………………..

Dr. med. Johannes-Ulrich Kohns

Frankfurt, 15.06.2013 VNR: 2760602013059630006