

## Teilnahmegenehmigung (Fortbildung)

### Genehmigung der Verwaltung/Dienstherrn

für die Teilnahme an der Veranstaltung  
Schilddrüsen Update  
26.04.2017, Nürnberg

Name/Adresse des teilnehmenden angestellten (Klinik-) Arztes:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vollständiger Programmablauf (einschließlich Uhrzeiten für Fachvorträge und Pausen, Angabe von Örtlichkeiten und das genaue Rahmenprogramm):

26.04.2017                      18:30 – 21:30 wissenschaftliches Programm

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH übernimmt für Sie:

     Bewirtung im Rahmen der Veranstaltung (ca. 60,- €)

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Organisation und Kosten für evtl. Begleitpersonen sowie für ein etwaiges Begleitprogramm nicht von der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH übernommen werden. Ferner sichern wir Ihnen ausdrücklich zu, dass die Kostenübernahme unabhängig von jeglichen Umsatzgeschäften bzw. Anschaffungsentscheidungen der med. Einrichtung / Klinik erfolgt.**

*Mit der Teilnahme und der Finanzierung durch Sanofi-Aventis Deutschland GmbH einverstanden!*

Stempel (Verwaltung), Datum und Unterschrift der Verwaltung und des Dienstherrn

Bitte faxen an:

**Sanofi Seminarservice  
Telefax: 0 61 03 / 38 88 - 2 10**