

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Teilnahmebescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Frau

Name/Vorname:

Riehemann, Lisa

Anschrift:

Mauritiusstr. 9, 48565 Steinfurt Borghorst

an der Fortbildungsmaßnahme zum Thema

"Workshop Neurogene Dysphagie"

VNR: *2760552010064210014*

am: 22. Januar 2011

in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.30 Uhr

in Münster teilgenommen hat.

Die Fortbildungsmaßnahme ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 7 Punkten (Kategorie: C) anrechenbar.

Diese Bescheinigung ist nur vollständig ausgefüllt und mit Originalstempel des ärztlichen Antragstellers oder des ärztlichen Leiters der Fortbildungsmaßnahme gültig.

Münster, 22.01.2010

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Veranstalters

Universitätsklinikum Münster Klinik und Poliklinik für Neurologie Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. E. B. Ringelstein Albert-Schweitzer-Str. 33, D-48149 Münster