Fax: 0351 8975939 / Mail: info@dgprm.de

Deutsche Gesellschaft für
Physikalische und Rehabilitative Medizin

DGPRM e.V. | Schnorrstraße 70 | 01069 Dresden

Deutsche Gesellschaft für Physikalische
und Rehabilitative Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Schnorrstraße 70
01069 Dresden
Deutschland

Nachweis des Status als Ärztin / Arzt in Weiterbildung

Hiermit bestätige ich,

Name	
Institution	
Funktion	

dass

Frau / Herr	

gegenwärtig als **Ärztin / Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin / Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** bei uns tätig ist.

Die Ausbildung dauert noch voraussichtlich bis _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift, Stempel