

wikonect GmbH  
**excellence in oncology 2017**  
Hagenauer Straße 53  
65203 Wiesbaden

**Name der Veranstaltung**

---

per Fax: +49 (0) 611 949154-99  
per Email: seminar@wikonect.de

**Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_**

**derzeit bei \_\_\_\_\_ als**

**Assistenzarzt/Assistenzärztin oder Arzt/Ärztin in Weiterbildung angestellt ist.**

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel  
der Verwaltung oder Personalabteilung \_\_\_\_\_