**Anlage zur Onlineregistrierung**

Bitte zurücksenden an

INTERPLAN AG

Frau Katharina Straub

Sachsenstraße 6

20097 Hamburg

caek@interplan.de

Hiermit wird bestätigt, dass nachfolgend genannte(r) Teilnehmer(in)

 **Assistenzarzt/-ärztin**

 **Student/-in** (alternativ Studentenausweis/Immatrikulationsbescheinigung)

ist.

Titel:

Vorname:

Nachname:

Klinik/Praxis:

Straße/Hausnummer:

PLZ: Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Datum, Ort **Stempel / Unterschrift**