**Zur Vorlage für die Mitgliedschafts-Anmeldung bei der**

**AGA-Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie**

**BESTÄTIGUNG**

**Wir bestätigen hiermit, dass**

Name:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Klinik/Praxis:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**als Arzt/Ärztin in Ausbildung in unserer Klinik /Praxis tätig ist**

……………………….. …………………………………………..… …………………………………………………..

**Datum Stempel Klinik/Praxis Name, Signatur**