

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