



Bescheinigung für den ermäßigten Beitrag

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname:

Klinik/Praxis:

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer:

in unserem Haus beschäftigt ist als

Student

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Facharzt (in nicht leitender Stellung)

Funktionsoberarzt

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift des leitenden Arztes

.....
In Klarschrift
Titel, Vorname, Name des Vorgesetzten

Einsenden an:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
FAX: 030/340 60 36 01
E-Mail: office@dgou.de