

**Formular zur Genehmigung der Klinikverwaltung/des Arbeitgebers
für die Teilnahme am Pankreaskarzinom 2018 am**

Datum:

Ort:

Bitte bis _____ **per Mail zurücksenden an** academy@mci-goup.com **oder per Fax** 030 2045950

Name/Adresse des teilnehmenden angestellten (Klinik-) Arztes:

Nachname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Klinik/Institution: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Programmablauf:

Programm laut aktueller Homepage:

<https://mci-academy.de/pankreas2018/>

Teilnahmegebühr:

Die Teilnahme am wissenschaftlichen Programm ist kostenfrei.

KOSTENÜBERNAHME – bitte ankreuzen

Im Rahmen der Veranstaltung werden Kosten in Höhe von 120,00€ übernommen.

Der Teilnehmer versichert mit seiner Unterschrift, dass der Unterzeichner der Dienstherrngenehmigung im konkreten Fall befugt war, diese zu erteilen.

Mit der Teilnahme und der Finanzierung durch den Veranstalter erklären wir uns einverstanden:

**Datum und Unterschrift
Teilnehmer**

**Stempel (Verwaltung), Datum und Unterschrift
der Verwaltung bzw. des Dienstherrn**