

Absender:

Klinik / Institut / Praxis:

Adresse:

Tel. / Fax:

Bitte senden Sie diesen Bogen ausgefüllt an:

Service Company Rother

Vallstedter Weg 114 A

D-38268 Lengede

[Email: uterothert@t-online.de](mailto:uterothert@t-online.de)

oder per Fax: +49 (0) 5344 915949

Bescheinigung

Zur Vorlage bei der
**9. Konferenz der
Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin e.V.
30. April - 2. Mai 2009 im Kulturzentrum Gasteig in München**



Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: _____

Klinik: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr: _____

Fax-Nr. _____

Email-Adresse: _____

als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Student*

Pflegepersonal**

*hier genügt eine Kopie der Immatrikulationsbeschreibung

** bitte eine entsprechende Bescheinigung beifügen

in unserem Haus beschäftigt ist.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel