



Teilnahmebestätigung

Frau/Herrn **Dr. Block**
wohnhaft in **Leipzig**

wird die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer Brandenburg anerkannten Fortbildungsveranstaltung bestätigt.

Titel der Veranstaltung: **Mammaaugmentation mit Eigenfett: Life-OP**
Veranstaltungsort: **Birkenwerder**
Veranstaltungstermin: **07.11.2008** Beginn: **14:00 Uhr** Ende: **17:00 Uhr**
Veranstalter: **Asklepios Klinik Birkenwerder**
Wissenschaftlicher Leiter: **Dr. med. Klaus Ueberreiter**

Dr. med. Klaus Ueberreiter
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Chefarzt
Abteilung für Plastische Chirurgie
Asklepios Klinik Birkenwerder
Hubertusstraße 12-22 16547 Birkenwerder
Telefon: 03303/522237



07.11.2008

Datum

Stempel/Unterschrift *
Wissenschaftlicher Leiter

* Originalunterschrift der/des wissenschaftlichen Leiterin/Leiters ist erforderlich.

VNR	 * 2 7 6 1 3 0 2 0 0 8 1 2 0 8 1 0 0 1 8 *	EFN (Barcode)
Kategorie C	Punkte 4	Die Veranstaltung wird für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Brandenburg anerkannt.