

## Klinikgenehmigung

für die Teilnahme an der (bitte ankreuzen)

- 24. Rheumatologische Sommerakademie, Potsdam, 19.-22.06.2019
- 25. Rheumatologische Sommerakademie, Friedrichshafen, 18.-21.09.2019

Bitte senden Sie Ihre Klinikgenehmigung an die Rheumatologische Fortbildungsakademie, Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, Aufgang C, 10179 Berlin, Fax-Nr.: **030 - 24 04 84 89**

Hiermit erteilen wir Frau/Herrn

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

.....

Telefon, Fax: .....

E-Mail: .....

**Bitte besonders gut leserlich angegeben!**

die Genehmigung an der oben genannten Veranstaltung teilzunehmen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Reisekosten vom Veranstalter nicht übernommen werden.

---

Datum, Stempel und Unterschrift der Klinikverwaltung