



**Lufthansa**  
Medizinischer Dienst

## **Teilnahmebescheinigung**

Herr/ Frau

---

hat an der Fortbildungsmaßnahme  
**Arbeitsmedizin im Großunternehmen**  
vom 17.02.2010 ( 17.00 Uhr) bis 17.02.2010 ( 20.00 Uhr)  
in Frankfurt

teilgenommen.

Diese Fortbildungsmaßnahme wurde von der Landesärztekammer Hessen  
mit Bescheid vom 04.01.10 unter der

**VNR 2760602010009790005**

**Kategorie A**

**mit 4 Punkten**

zertifiziert.

**Prof. Dr. med Uwe Stüben**

**Leiter Medizinischer Dienst, Deutsche Lufthansa AG**