
CRM Centrum für Reisemedizin GmbH

Teilnahmebescheinigung über eine ärztliche Fortbildung

Hiermit bescheinigt der Unterzeichner

Frau / Herrn

Dr. med. Elisabeth Grieger
(Name des Teilnehmers)¹

35394 Gießen
(Dienst-/Wohnort)¹

die Teilnahme an der Fortbildung

CRM Aufbau-Refresherseminar Reise- und Tropenmedizin

Nummer der Fortbildung (VNR): 2760809003967660014

Ort der Fortbildung: 68165 Mannheim

Teilnahmegebühr: 325 €

Anbieter/Veranstalter: CRM Centrum für Reisemedizin GmbH

Abteilung: Fortbildung

Anerkennende Ärztekammer: Landesärztekammer Baden-Württemberg

Datum / Zeit	Kategorie	Fortbildungseinheiten (FE)	Fortbildungspunkte (FP)
27.09.2014 - 28.09.2014	Kategorie H	15	15

Düsseldorf, 28.09.2014

(Ort und Datum)¹



CRM Centrum für Reisemedizin GmbH

Hansaallee 299, 40549 Düsseldorf

Tel.: 0211/90429-0, Fax 0211/90429-99

(Unterschrift/Stempel des Anbieters/Veranstalters
oder einer von ihm autorisierten Person (i.A.))²

¹ vom Anbieter/Veranstalter auszufüllen.

² Bei Verwendung eines Faksimiles muss jede Teilnahmebescheinigung einzeln abgestempelt sein.