

**Veranstalter: Das FORTBILDUNGSKOLLEG Ges. f. med. Fortbildung mbH**

**Wissenschaftliche Leitung: Herr Prof. Dr. med. Jürgen Gschossmann**

**Veranstaltungsnummer (VNR): 2761102021049500000**

**Fortbildungspunkte: 9 Punkte**

**Kategorie: A**

---

## Teilnahmebescheinigung

**Frau / Herr: Barbara Wagner**

(Vorname Nachname)

**Geburtsdatum: \_\_\_\_\_**

**wird die Teilnahme an der von der Ärztekammer Berlin anerkannten  
Fortbildungsveranstaltung:**

**FORTBILDUNGSKOLLEG Praxis-Depesche**

(Titel der Fortbildung)

am: 13.11.2021, um 09.00 Uhr

in Berlin

**bestätigt.**

Berlin, 13.11.2021

**Prof. Dr. med. Jürgen Gschossmann MBA**  
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin  
Klinikum Forchheim  
Krankenhausstr. 10  
91361 Forchheim

Unterschrift (Jürgen Gschossmann)\*  
(Wissenschaftlicher Leiter)

Stempel

\*Originalunterschrift der/ des wissenschaftlichen Leiterin/ Leiters erforderlich