

Titel des Workshops:

Turnusärzt*innenvertreter*in:

E-Mail:

Dienststelle:

Dienststellenadresse:

Veranstaltungsort:

Vortragende*r (Titel, Vorname, Nachname):

Abteilung/Ausbildungsstufe des oder der Vortragenden:

Datum der Fortbildung:

Datum (dd,mm,yyyy)	Uhrzeit von - bis

Inhalte:

Datum

Unterschrift

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN oder digital ausfüllen!

Bei Fragen können Sie sich gerne an das Referat für Jungmediziner*innen wenden:

Tel.: 01/515 01 1404 oder E-Mail: jungmediziner@aekwien.at