

# Johannes Wesling Klinikum, Minden

## Teilnahmebescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr/~~Frau~~ Dr. med.

Name/Vorname: *Groddeck, Alexander*

Anschrift:

an der Fortbildungsmaßnahme zum Thema: „Covid-19, FFP-2-Masken, Impfungen“



Feld bitte nicht überkleben!

am 22.04.2021

in der Zeit von 19:00 Uhr bis 21:00 Uhr

in Webinar

mitgenommen hat.

**Die Fortbildungsmaßnahme ist im Rahmen der  
Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit  
2 Punkten (Kategorie: A) anrechenbar.**

Diese Bescheinigung ist nur vollständig ausgefüllt und mit Originalstempel  
des ärztlichen Antragstellers oder des ärztlichen Leiters der Fortbildungsmaßnahme gültig.

*Minden*

*22.04.21*

Ort **Mühlenkreiskliniken (AÖR)**  
Institut für Krankenhaushygiene  
Hans-Nolte-Strasse 1  
32429 Minden  
Tel. 0571/790-1901/-5 1901  
Fax 0571-29 1900

Unterschrift/Stempel des ärztl. Antragstellers/Veranstaltungsleiters

*[Handwritten Signature]*  
**Mühlenkreiskliniken (AÖR)**  
**Dr. med. Peter Witte**  
Direktor des Instituts für Krankenhaushygiene  
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden  
Tel. 0571 / 790-1900