

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