Name der Einrichtung

Name der Leitung bzw. des Weiterbildungsbeauftragten

Straße

PLZ und Ort

Dekanat der Medizinischen Fakultät der LMU

z.H. MCSP-Geschäftsstelle

Bavariaring 19

80336 München

München, am TT.MM.JJJJ

**Bestätigung der Facharztweiterbildung**

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr Titel Vor- und Nachname am TT.MM.JJJJ mit der Facharztweiterbildung begonnen hat.

Mit freundlichen Grüßen

Name der Leitung bzw. des Weiterbildungsbeauftragten