



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bestätigung einer Hospitation zur Anrechnung auf das Fortbildungszertifikat

Frau / Herr _____

hat in der Zeit vom _____ bis _____ halbtags / ganztags

in (Klinik / Institution) _____

hospitiert.

Kurze Tätigkeitsbeschreibung:

Ort, Datum

Leiter der Institution, Unterschrift + Stempel