



# Brüder – Schwestern Spitalpartnerschaft



Gemeinsam – die neue Spitalskultur

## Teilnahmebestätigung für die Turnusärztefortbildung

**Titel, Beschreibung**

Der Veranstalter bestätigt, dass

Herr/Frau **Nachname, Vorname**

am **Datum, Zeit**

an der Fortbildung teilgenommen hat.

**Approbierte Veranstaltung der OÖ Ärztekammer**

**2 Diplom-Fortbildungs-Punkte für Allgemeinmedizin**

Veranstalter:

Brüder-Schwestern Spitalpartnerschaft, Konventhospital der Barmherzigen Brüder  
Linz und Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Dr. Thomas Müller

Linz, **Datum**

---

Dr. Thomas Müller