

# Dienstherrngenehmigung

**Bitte per Fax zurück an: +49 (9873) 9551**

In beiderseitigem Interesse benötigen wir von Ärzten im Angestelltenverhältnis eine Genehmigung der Teilnahme durch den Arbeitgeber. Um die Auflagen des FSA-Kodex zu erfüllen, bitten wir Sie uns zu bestätigen, dass Sie von der Unterstützung unseres Seminars durch pharmazeutische oder medizintechnische Unternehmen Kenntnis genommen haben.

**Teilnehmer:**

Titel/Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Sponsoren dieser Veranstaltung sind\*:**

Apogepha GmbH, 4M Medical GmbH, Coloplast GmbH, Cook Medical, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Grachtenhaus Apotheke, Richard Wolf GmbH, Siemens Healthcare GmbH; Teleflex Medical GmbH; Karl Storz SE & Co KG; Swedish Orphan Biovitrum GmbH, Richard Wolf GmbH;

Der Teilnehmer muss folgende Teilnahmegebühr entrichten:

Facharzt ab **245,00 EUR**, Assistenzärzte ab **215,00 EUR**

Diese beinhaltet:

- Seminarteilnahme an allen Seminartagen
- Pausenverpflegung an allen Seminartagen

Über die Teilnahmegebühr hinausgehende Kosten des Seminars (z.B. Referentenhonorare, Bewerbungskosten, Raum- und Technikkosten, Organisation, etc.) von circa EUR 220,- pro Teilnahme werden von den Sponsoren getragen. Die Kosten für An- und Abreise und Übernachtung müssen selbst getragen werden. Es besteht keine Einflussnahme der Sponsoren auf die Inhalte des Seminars und kein direktes Sponsoring der Teilnehmer der Veranstaltung.

Es besteht unsererseits kein Einwand gegen die Teilnahme des oben genannten Arztes. Wir sichern zu, dass die Teilnahme an diesem Seminar nicht gegen gesetzliche oder interne Vorschriften unserer Einrichtung oder eines Trägers verstößt und für den teilnehmenden Arzt keine Dienstpflichtverletzung darstellt.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift / Stempel des Dienstherrn

Ich benötige für die Teilnahme keine Genehmigung meines Dienstherrn.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Teilnehmer

\*Stand 01.12.2019