

Zentrale Dysplasiekonferenz Münster, Lüdinghausen

Teilnahmebescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr / Frau

Name / Vorname:

Anschrift:

an der Fortbildungsmaßnahme zum Thema: Winterworkshop der Zentralen Dysplasiekonferenz Münster

VNR (Code 39)

VNR (Datamatrix, App*):



2760552026906300011

Felder bitte nicht überkleben

am 21.02.2026

in Münster

teilgenommen hat.

Die Veranstaltung ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 5 Punkten (Kategorie A) anrechenbar.

Diese Bescheinigung ist nur vollständig ausgefüllt und mit Originalstempel des ärztlichen Antragstellenden oder der ärztlichen Leitung der Fortbildungsmaßnahme gültig.

Dr. med. Petra Cassens

Mühlenstr. 35, 59348 Lüdinghausen

Tel: 02591-9680030, Fax: 02591-9680039

www.gynaekologie-am-campus.de

mail@gynaekologie-am-campus.de

Münster, 21.2.26

Ort, Datum, Unterschrift / Stempel des ärztl. Antragstellenden/ Veranstaltungsleitenden