|  |
| --- |
| **Bestätigung durch den Dienstgeber** |
| Vorname Name, Titel:  *biomed austria* Mitgliedsnummer:       CPD Punkte: |
| Beschäftigt seit:       bei:  Dienstgeber/Vorgesetzte/r: |
| Ich/Wir bestätigen hiermit folgende Funktion/en:  Leitende/r BMA  Qualitätsmanagementbeauftragte/r  Teamleitung oder Bereichsverantwortlichkeit  Studiengangsleitung (FH)  Lehrtätigkeit (FH, Universität, …)  bei Einrichtung/Abteilung:  Anschrift: |
| Ort & Datum:  Unterschrift DienstnehmerIn:  Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben  Ort & Datum:  Unterschrift DienstgeberIn:  Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben |

|  |
| --- |
| Für *biomed austria*  Bestätigte CPD-Punkte:       Durch:       Datum: |