|  |
| --- |
| **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 AngabenOrt & Datum:      Unterschrift DienstgeberIn:      Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben |

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