

Absender:  
Klinik / Institut / Praxis:  
Adresse:  
  
Tel. / Fax:

**Bitte senden Sie diesen Bogen ausgefüllt an:**

MCI-Berlin Office / Congress Partner GmbH  
Markgrafenstr. 56, 10117 Berlin  
Fax: ++ 49 – (0)30 – 204 59 50  
Email-Adresse: [gsaam2008@mci-berlin.de](mailto:gsaam2008@mci-berlin.de)

## Bescheinigung

Zur Vorlage bei der  
**8. Konferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin e.V.  
5.-7. Juni 2008, The Westin Grand München Arabellapark Hotel**



Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Klinik: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr: \_\_\_\_\_  
Fax-Nr. \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_

als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Student\***  
 **Pflegepersonal\*\***

\*hier genügt eine Kopie der Immatrikulationsbeschreibung  
\*\* bitte eine entsprechende Bescheinigung beifügen

in unserem Haus beschäftigt ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel