



INTERCONGRESS

Hiermit wird bescheinigt, dass / *This is to certify that:*

Name, Vorname / *Last Name, Firstname*

---

Klinik/Praxis/Firma / *Clinic/Practice/Company*

---

---

---

PLZ, Ort / *Zip, City*

---

an/am / *on/at* Kongress / *Congress*

---

teilnimmt und sich derzeit / *participates and currently:*

**in Elternzeit, Teilzeit, Weiterbildung** / *in Parental leave, part-time, resident in training*

**als Medizinische Assistenz, Orthopädietechniker\*in, Pfleger\*in** / *as Medical assistant, orthopaedic technician, nurse*

**als Medizinische Fachangestellte, Neurowissenschaftler, klinische Fachkräfte** / *as allied health, Neuroscientists, clinical scient. specialists*

**als Physiotherapeut\*in, Rettungssanitäter\*in** / *as Physiotherapist, Paramedics*

**als Therapeut\*in, Vereinstrainer\*in** / *as Therapist, club coach*

**als OP-Pflegefachpersonal** / *as Operating nurses*

**als Schüler\*in/Student\*in** / *as Student*

.....

in unserem Haus befindet bzw. beschäftigt ist / *is or is employed by us.*

\_\_\_\_\_  
Datum / Date

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift / Stamp, Signature