

Nachweis zur reduzierten Teilnahmegebühr

*Proof of reduced registration fee*

**Im Rahmen des/der**

***In context of***

Kongress / Congress

**wird hiermit bescheinigt, dass**

***we hereby confirm that***

Name, Vorname / Name, First Name

Klinik/Praxis/Firma / Institution

Straße, Hausnr. / Street, No.

PLZ, Ort, Land / Post code, City, Country

**derzeit in unserem Haus**

***is presently employed***

- in Elternzeit
- als klinische Fachkraft
- als Medizinische Assistenz
- als Medizinisch Fachangestellte:r
- als Neurowissenschaftler:in
- als OP-Pflegefachpersonal
- als Orthopädietechniker:in
- als Pfleger:in
- als Physiotherapeut:in
- als Rettungssanitäter:in
- als Schüler:in/Student:in
- in Teilzeit
- als Therapeut:in
- als Vereinstrainer:in
- in Weiterbildung
  
- sonstiges: \_\_\_\_\_

- as allied health professional*
- as clinical specialist*
- as club coach*
- as medical assistant*
- as neuroscientist*
- as nurse*
- as operating nurse*
- as orthopaedic technician*
- as paramedic*
- in parental leave*
- in part-time*
- as physiotherapist*
- as resident in training*
- as student*
- as therapist*
  
- other: \_\_\_\_\_

**beschäftigt ist.**

***in our institution.***

Datum

*Date*

Stempel, Unterschrift

*Stamp, Signature*