

## TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Frau/Herr **Dr. med. Heinrich Kaune**

in **31134 Hildesheim \* Kardinal-Bertram-Str. 39**

hat an der Fortbildungsveranstaltung

### **„Symposium Travemünde 2010 - Ophthalmochirurgie“**

**Zertifikatsnummer AAF 10 – 06 – 18 – 8844**

**Kategorie A**

**(11 CME-Punkte)**

vom 18. Juni 2010 Beginn: 19:00 Uhr bis 20. Juni 2010 Ende: 17.00 Uhr in Travemünde teilgenommen. Die Veranstaltung umfasste 11 Unterrichtseinheiten.

Die Veranstaltung (Nr. 2760 1020 1001 4680 006) wurde von der Kommission für die Augenärztliche Fortbildung in Deutschland und von der Landesärztekammer Schleswig Holstein mit  
**11 CME-Punkten (in Worten elf)**  
zertifiziert.

Die Teilnahmegebühr (falls gefordert) von ..... € wird hiermit quittiert.

Travemünde, 18. Juni 2010



Unterschrift und Stempel des verantwortlichen Augenarztes

Kontaktadresse:

Alcon Pharma GmbH  
Blankreutestraße 1, 79108 Freiburg  
Tel. 0761-1304-0, Fax 0761-1304-200