

## TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Frau/Herr .....

wohnhaft in .....

hat an folgender von der Bayerischen Landesärztekammer und der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie anerkannten Fortbildungsveranstaltung teilgenommen:

### IROS 2010 Workshop 1 - 4

Veranstalter: ÖGIR, DeGIR und SSCVIR in Zusammenarbeit mit der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie

Veranstaltungsort: München

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Helmberger  
Prof. Dr. med. Augustinus Jacob  
Dr. med. Franz Karnel

Titel/VNR/SNR	Datum/Zeit	Punkte/Kategorie	Bestätigung Unterschrift/Stempel
Workshop 1: Neuro 2760909002487950011 248795	13.01.10 09:00 – 09:45 Uhr	1* Kategorie A	
Workshop 2: Venös 2760909002487970019 248797	13.01.10 09:00 – 09:45 Uhr	1* Kategorie A	
Workshop 3: Arteriell 1 2760909002488000014 248800	13.01.10 09:00 – 09:45 Uhr	1* Kategorie A	
Workshop 4: Arteriell 2 2760909002488030011 248803	13.01.10 09:00 – 09:45 Uhr	1* Kategorie A	 ÖGIR Neutorgasse 9/6 A-1010 Wien <small>Tel: +43 1 904 20783, Fax: +43 1 904 20783, www.oegir.at</small>

\*) entspricht den CME-1-Punkten der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie

Die Veranstaltung wurde von den Teilnehmern evaluiert.

München, den 13. Januar 2010