# **Bestätigung der aufnehmenden Abteilung**

Abteilung / Klinik / Institut

Abteilungs-/Klinikleitung

Betreuer\*in / Mentor\*in während der Hospitation

Adresse

Telefon

E-Mail-Adresse

Hiermit bestätige ich, dass       in der von mir geleiteten Abteilung / Klinik in der Zeit vom       bis zum       eine Hospitation im Rahmen eines von der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. geförderten „Fellowships Epilepsie“ durchführen wird.

      wird in der Zeit der Hospitation folgende Inhalte / Tätigkeiten / Aspekte der Epileptologie in unserer Abteilung / Klinik kennenlernen:

*
*
*

     , 11.06.23

 Unterschrift, Stempel