

**Confirmation  
Bestätigung**

**We hereby confirm, that the medical student**  
Wir bestätigen hiermit, dass der/die Studierende der Medizin

**Mr/Mrs**  
Herr/Frau \_\_\_\_\_

**born on the** \_\_\_\_\_ **at** \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**living in** \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_

**will participate in the practical training (final year) at the department of surgery:**  
an der praktischen Ausbildung (Praktisches Jahr) in der chirurgischen Abteilung teilnehmen wird:

**Name of the Hospital** \_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses

**Period of** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_  
Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**The training hospital is a teaching hospital of the Medical Faculty of the University of:**  
Das Krankenhaus ist ein Lehrkrankenhaus der medizinischen Fakultät der Universität von:

\_\_\_\_\_  
**The practical training will take place in the following departments:**  
Die praktische Ausbildung wird in folgenden Abteilungen stattfinden:

\_\_\_\_\_  
**The teaching hospital has a number of** \_\_\_\_\_ **hospital beds.**  
Das Lehrkrankenhaus hat eine Anzahl von \_\_\_\_\_ Krankenbetten.

\_\_\_\_\_  
**Signature**  
**Unterschrift**

Please note!!! No equivalence certificate for a stay in pediatric surgery and plastic surgery