



Anlage 2 Fortüne Juniorprogramm – Begleitschreiben Vorgesetzter

Begleitschreiben

Hiermit bestätige ich als Chefarzt/Direktor der Klinik (*Name und Adresse der Klinik eintragen*), dass Herr/Frau (*Name des Chirurgen im Fortüne-Programm eintragen*) unsere volle Unterstützung bei der Durchführung seiner Aufgaben im Rahmen des Fortüne-Programmes der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erhält. Die Klinik wird während des Fortüne-Programms seine Klinikstelle weiterfinanzieren und garantiert Herrn/Frau (*Name des Chirurgen im Fortüne-Programm eintragen*) soweit arbeitsrechtlich möglich seine/ihre ärztliche Weiterbildung während des laufenden Fortüne-Programms. Von seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Ich bin mir darüber bewusst, dass das Projekt von Herrn/Frau (*Name des Chirurgen im Fortüne-Programm eintragen*) im Rahmen des Fortüne-Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

Name Chefarzt/Klinikdirektor

Datum

Unterschrift

Name Geschäftsführer/Kfm. Leiter

Datum

Unterschrift