|  |  |
| --- | --- |
| Absender: |  |
| Vor- und Zuname: |  |
| Berufsbezeichnung: |  |
| Institution / Klinik: |  |
|  |

91052 Erlangen E

**Dienstherrengenehmigung – Antikorruptionsschreiben (bitte ausfüllen)**

## Bitte bis spätestens 13.092023 unterzeichnet per E-Mail [„bitte](mailto:Anmeldung-AAK@danone.com) hier die E-Mail Adresse eingeben“ zurücksenden.

## Erst nach Rücksendung dieses ausgefüllten Formulars sind Sie verbindlich angemeldet. Eine Rückbestätigung unsererseits erfolgt nicht mehr.

Ich nehme an folgender Veranstaltung teil:

Thema Damit die Ernährungstherapie besonders gut ankommt – Interaktiver Seminartag

Datum 20. September 2023

Ort Düsseldorf

Danone Deutschland GmbH übernimmt die Seminarkosten in Höhe von 74,79 € sowie eine angemessene Bewirtung in Höhe von 37,82 €. Die Kosten für An- und Abreise und die Parkgebühren tragen Sie als Teilnehmer selbst. Insgesamt beläuft sich der Seminarwert auf 112,61 € pro Teilnehmer.

Die Veranstalter, Teilnehmer, Referenten und Partner aus der Industrie bestätigen hiermit, dass mit der finanziellen Beteiligung an dieser Veranstaltung keinerlei rechtswidriger Einfluss auf Empfehlungen oder das Verordnungsverhalten von Ärzten, sowie auf Umsatzgeschäfte, Beschaffungsvorgänge oder Preisgestaltungen von medizinischen Einrichtungen genommen wird und auch keinerlei diesbezügliche Erwartungen seitens der beteiligten Parteien bestehen.

Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass Ihr Dienstherr bzw. Arbeitgeber (d.h. die Verwaltung Ihrer Einrichtung) mit unserer Unterstützung und somit Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und dies durch die Unterzeichnung genehmigt. Wir dürfen Sie daher bitten, die Unterschrift Ihrer Verwaltung einzuholen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung / Funktion

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Stempel/ Unterschrift Arbeitgeber/Dienstherr

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Teilnehmer

Ich bin ausschließlich selbständig tätig und stehe in keinerlei Dienst-, Arbeits- oder sonstigem Auftragsverhältnis zu einer medizinischen Einrichtung. Sofern ich bis zum Zeitpunkt der oben genannten Veranstaltung ein Vertragsverhältnis zu einer medizinischen Einrichtung aufnehme, werde ich Nutricia unverzüglich darüber informieren und die erforderliche Genehmigung des Dienstherren/ Arbeitgebers einholen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Teilnehmer