

# DIENSTHERRENGENEHMIGUNG

## „DMP a casa“

Mittwoch, 29. Januar 2025, 15:30 Uhr – 19:45 Uhr

Dieses Formular ermöglicht es Ihnen, eine Dienstherrengenehmigung zur Teilnahme an einer Chiesi Veranstaltung einzuholen, sofern diese nach §331 StGB oder aufgrund einer arbeitsvertraglichen/organisatorischen Regelung Ihres Dienstherrn erforderlich ist.

Bitte beachten Sie, dass Ihnen die unterzeichnete Dienstherrengenehmigung – sofern für Sie erforderlich – bis zum Besuch der Veranstaltung vorliegen muss, ansonsten ist eine Teilnahme an der Veranstaltung nicht möglich.

**Eine Rücksendung des ausgefüllten Formulars an CHIESI ist nicht erforderlich.**

Chiesi beabsichtigt für Sie die **Organisationskosten von ca. 21,40 Euro zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer je Teilnehmer**, die in direktem Zusammenhang mit unserer Veranstaltung stehen, zu übernehmen.

**Chiesi versichert, dass die Teilnahme an dieser Veranstaltung unabhängig von jeglichen Umsatzgeschäften oder Beschaffungsentscheidungen des Teilnehmers oder der medizinischen Einrichtung ist.**

### Ihre Dienstadresse:

**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Klinik:** \_\_\_\_\_  
**Straße, Hausnr.:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

Mit der Teilnahme und der Finanzierung durch die Chiesi GmbH einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der medizinischen Einrichtung

# DIENSTHERRENGENEHMIGUNG

## „DMP a casa“

Freitag, 31. Januar 2025, 15:30 Uhr – 19:45 Uhr

Dieses Formular ermöglicht es Ihnen, eine Dienstherrengenehmigung zur Teilnahme an einer Chiesi Veranstaltung einzuholen, sofern diese nach §331 StGB oder aufgrund einer arbeitsvertraglichen/organisatorischen Regelung Ihres Dienstherrn erforderlich ist.

Bitte beachten Sie, dass Ihnen die unterzeichnete Dienstherrengenehmigung – sofern für Sie erforderlich – bis zum Besuch der Veranstaltung vorliegen muss, ansonsten ist eine Teilnahme an der Veranstaltung nicht möglich.

**Eine Rücksendung des ausgefüllten Formulars an CHIESI ist nicht erforderlich.**

Chiesi beabsichtigt für Sie die **Organisationskosten von ca. 21,40 Euro zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer je Teilnehmer**, die in direktem Zusammenhang mit unserer Veranstaltung stehen, zu übernehmen.

**Chiesi versichert, dass die Teilnahme an dieser Veranstaltung unabhängig von jeglichen Umsatzgeschäften oder Beschaffungsentscheidungen des Teilnehmers oder der medizinischen Einrichtung ist.**

### Ihre Dienstadresse:

**Vorname:**

---

**Nachname:**

---

**Klinik:**

---

**Straße, Hausnr.:**

---

**PLZ, Ort:**

---

Mit der Teilnahme und der Finanzierung durch die Chiesi GmbH einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der medizinischen Einrichtung