**SCHULUNGSBESTÄTIGUNG CATO**

Es wird bestätigt, dass

[ ] Herr/ [ ]Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

von [ ] Herr/ [ ]Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

auf **BD Cato Prescribe Version 2.49 – Medizinprodukt** eingeschult wurde.

Die Schulung umfasste die Inhalte der Schulungsunterlage BD Cato 2.49 V1.0, die für die Ausübung der vorgesehen Tätigkeiten erforderlich ist.

Datum der Schulung: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Unterschrift der geschulten Person \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der schulenden Person \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_