**SCHULUNGSBESTÄTIGUNG CATO**

Es wird bestätigt, dass

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

von [ ] Herrn / [ ]Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

auf **BD Cato Prescribe Version 2.40 – Medizinprodukt** eingeschult wurde.

Die Schulung umfasste die Inhalte der Schulungsunterlage BD Cato 2.40 V2.0, die für die Ausübung der vorgesehen Tätigkeiten erforderlich ist.

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

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

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