

# Dienstherrengenehmigung

---

Frau/ Herr

---

<b>Veranstaltungstitel:</b>	<b>fasziNIEREND 2026</b>
<b>Veranstaltungsort:</b>	<b>Hotel Dorint Kurfürstendamm Berlin Augsburger Str. 41, 10789 Berlin</b>
<b>Datum der Veranstaltung:</b>	<b>24.-25.04.2026</b>

---

Aufgrund rechtlicher Vorschriften benötigen angestellte und verbeamtete Mitarbeiter:Innen an medizinischen Einrichtungen zur Teilnahme die Einverständniserklärung ihres Dienstherren. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die ordnungsgemäße Dienstherrengenehmigung rechtzeitig vor Abreisetermin bei uns vorliegen muss, ansonsten ist eine Teilnahme nicht möglich!

Wir sichern Ihnen zu, dass die Annahme dieser Einladung nicht gegen gesetzliche und/oder interne Vorschriften unserer Einrichtung oder ihres Trägers verstößt und für die teilnehmenden Mitarbeiter:Innen keine Dienstpflichtverletzung darstellt. Ferner bestätigen wir, dass die ausgewählten Mitarbeiter:innen im Hinblick auf ihre fachliche Tätigkeit ein berechtigtes Interesse haben, an der Fortbildungsveranstaltung teilzunehmen. Die Annahme der Einladung erfolgt unabhängig von Umsatzgeschäften mit der Vifor Pharma Deutschland GmbH.

**Von der Vifor Pharma Deutschland GmbH übernommene Kosten:**

<b>An-/Abreise:</b> (Bahn 1. oder 2. Klasse, Flug Economy)	maximal 300,00 EUR
<b>Unterkunft:</b>	189,00 EUR pro Übernachtung inklusive Frühstück im Hotel Dorint Kurfürstendamm, maximal für 1 Übernachtung
<b>Bewirtungskosten:</b>	maximal 75,- EUR/Bewirtung
<b>PKW An-&amp;Abreisekosten / Parkgebühren / ÖPNV:</b>	0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer sowie zusätzlich angefallene angemessene Taxikosten sowie Parkgebühren und Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zur An- und Abreise an den Veranstaltungsort; insgesamt in Höhe von maximal € 300,00. Keine Kostenerstattung für Rahmenprogramme.

Mit nachfolgender Unterschrift bestätigen wir, dass wir die oben dargestellten Leistungen der **Vifor Pharma Deutschland GmbH** für unseren Mitarbeiter / unsere Mitarbeiterin genehmigen:

**Name/Funktion:**

---

**Abteilung:**

---

**Klinik:**

---



---

**Ort/Datum**

---

**Stempel/Unterschrift Dienstherr**