

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

☐ Frau

☐ Herr

☐ als Pflegepersonal

☐ als Therapeutisches Fachpersonal

☐ als Peer

in unserem Haus / unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität
Organisation
