

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

-
- als Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitle)
 - als wissenschaftliche/r MitarbeiterIn
 - im Rahmen einer Ausbildung
 - als Physician Assistant/OP-Personal/Pflegepersonal/Therapeut

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität
Organisation _____