Formular drucken

Fax +49 3641 31 16-244

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

☐ Frau

☐ Herr _____

als PflegerIn/ TherapeutIn

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität
Organisation _____