

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau

Herr

als

MTA, MTD

Pflegepersonal

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel  
der Klinik / Universität  
Organisation \_\_\_\_\_