

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

- Frau _____
- Herr _____

- als Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitel)
- im Rahmen einer Ausbildung

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität
Organisation _____