

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname _____

- als Assistenzpersonal
- als Medizinische Fachangestellte (in Ausbildung)

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Praxis /
Organisation _____