

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Vorname, Name _____

als Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitle)

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel der
Klinik / Praxis / Organisation _____