

## **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 \_\_\_\_\_