

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau

Herr

als Medizinisches Fachpersonal

als Assistent/-in für Hypertonie und Prävention DHL®

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität
Organisation _____