

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname _____

☐ als ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung

☐ als therapeutisches Fachpersonal

☐ als Pflegepersonal

☐ als Doktorand:in

in unserer Klinik / Praxis / Universität / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Praxis/
Universität / Organisation _____