

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Vorname, Name _____

als

- ☐ MT-R
- ☐ Pflegepersonal
- ☐ Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitle)

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Praxis /
Organisation _____