



Nachweis zum Beschäftigungsverhältnis

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr

Frau

Vorname: _____

Nachname: _____

- als
- Assistenzarzt
 - Medizinische/r Fachangestellte/r
 - Student

in unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum	Stempel	Unterschrift