



Nachweis

Bitte per Fax senden an: 0049 30 24 603 269

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr _____ als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungs- / Krankenhausangestellter | <input type="checkbox"/> Sanitäter |
| <input type="checkbox"/> Pflegepersonal | |

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Klinik/des Klinikleiters