

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

- Frau _____
- Herr _____
- als Pflegepersonal / Therapeutisches Fachpersonal

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

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Universität /
Organisation _____