**Arbeitszeitbestätigung für COVID-19-Impfungen**

**BELEG Nr. \_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Impfarzt:  |  |

Einrichtung: NÖ Landesgesundheitsagentur p.A. Pflege- und Betreuungszentrum Neunkirchen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Beginn** | **Ende** | **Dauer Pause** | **Anzahl der durchgeführten Impfungen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Datum: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Die sachliche Richtigkeit wird durch die Einrichtung bestätigt. |
| Unterschrift Impfarzt |  | Stempel und Unterschrift Einrichtung |

Diese Bestätigung dient zur Vorlage der Honorarnote beim Land Niederösterreich.