

BESTÄTIGUNG
über den Nachweis einer erbrachten
NOTÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

(gilt nur für Bewerbungen um Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin)

Der Notarztstützpunkt der Krankenanstalt *) _____
in _____ bestätigt hiermit,
dass Frau / Herr Dr. _____ ,
geboren am _____, wohnhaft in _____ ,
in der Zeit von _____ bis _____
in den Notarztdienst eingebunden war und _____ Dienste geleistet hat.

**) In Niederösterreich sind die Notarztstützpunkte die Krankenanstalten bzw. in Gänserndorf das Rote Kreuz*

Datum

Stampiglie und Unterschrift
der Krankenanstalt *)

