

Bitte die Erklärung von der **Weiterbildungsstätte** ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf selbstständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) einreichen.

Erklärung zum Nachweis der Teilnahme im letzten ärztlichen Weiterbildungsjahr

Wir erklären hiermit, dass sich

Titel (Academic Title)

Vorname (First Name)

Name (Last Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum, Geburtsort

ab / seit dem

im letzten Jahr der ärztlichen Weiterbildung befindet.

Name der Weiterbildungsstätte

Anschrift der Weiterbildungsstätte

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Weiterbildungsstätte