

Bitte die Erklärung von der **Weiterbildungsstätte** ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf selbstständige Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst 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**