

Bitte den Nachweis **von einer Klinik** ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf selbstständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) einreichen (sofern nicht anders möglich entsprechende Zeugnisse vorlegen).

## Nachweis über zwei Jahre klinische Tätigkeit

Wir erklären hiermit, dass

\_\_\_\_\_  
Titel (Academic Title)

\_\_\_\_\_  
Vorname (First Name)

\_\_\_\_\_  
Name (Last Name)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

mindestens zwei Jahre klinische Tätigkeit vorweisen kann.

\_\_\_\_\_  
Zeitraum der Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Klinik

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Klinik