

Bitte senden Sie die ausgefüllte Bescheinigung an:

07333 9651 8000

Ausbildungsbescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau* _____, wohnhaft in _____ (bitte Wohnanschrift eintragen) in der Zeit vom _____ bis _____ in meiner Arztpraxis/Apotheke/Institution* von mir zum/r pharmazeutisch/kaufmännisch-technischen Assistenten/in, zum/r Arzthelfer/in* ausgebildet wird.

*Zutreffendes bitte unterstreichen

Persönliche Daten

Vorname, Name (Arzt/Ärztin; Apotheker/in)

Apotheke/Praxis/Institution

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tel. Nr.

┌ Datum, Unterschrift, Stempel ──┐
└──────────────────────────────────┘