

BESTÄTIGUNG

über Freiwilligenarbeit im Bereich Medizin

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

hat in dem unten bezeichneten Krankenhaus / in der unten bezeichneten Klinik / Arztpraxis unter meiner Leitung Freiwilligenarbeit geleistet.

Dauer der Freiwilligenarbeit:

vom: bis:

Einsatzort:

Einsatzbereiche / Aufgaben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Siegel oder Stempel

Ort, Datum

Unterschrift der Leitung

E-Mail: _____

Telefon: _____