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: .....

Arbeitsstunden/Tag: .....

Einsatzort: .....

Einsatzbereiche / Aufgaben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Siegel oder Stempel

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift der Leitung

E-Mail: _____

Telefon: _____