

Bitte per E-Mail senden an: registrierung@divi.de

Nachweis

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____
als

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegekraft | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter/in | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |

in unserem Klinikum / Klinik / Praxis beschäftigt ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Klinik/ des Klinikleiters