

Bitte die Erklärung von der Weiterbildungsstätte ausfüllen lassen und anschließend mit der Interessenbekundung zur freiwilligen selbstständigen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst beim GB NFD der KVBW einreichen.

Erklärung zum Nachweis der Teilnahme im letzten ärztlichen Weiterbildungsjahr

Wir erklären hiermit, dass sich

Herr/Frau

geboren am

ab/seit dem

im letzten Jahr der ärztlichen Weiterbildung befindet.

Name der Weiterbildungsstätte

Ort der Weiterbildungsstätte

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Weiterbildungsstätte