

Einrichtung/Ort (Stempel)/Datum: _____, den _____

Krankenhaus/Klinikum/
Universität/Praxis/
Reha-Klinik

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern
- Landesprüfungsamt für Heilberufe -

Anstellungsbestätigung zum Antrag auf Erteilung

(auszufüllen von der Einstellungsstelle; zutreffendes ist anzukreuzen)

- einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung**
- des ärztlichen Berufes gem. § 10 der Bundesärzteordnung**
 - des zahnärztlichen Berufes gem. § 13 des Zahnheilkundegesetzes**
 - des Apothekerberufes gem. § 11 der Bundesapothekerordnung**

Der u. g. Arzt/Zahnarzt/Apotheker soll in der Einrichtung (Krankenhaus, Praxis, Apotheke)

vom _____ bis _____

als _____ eingestellt werden.

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in _____

Staatsangehörigkeit: _____

Beschäftigungsgrund/Art der Beschäftigung:

- persönliche Bewerbung
- im Interesse der ärztlichen/zahnärztlichen/pharmazeutischen Versorgung
- Anpassungspraktikum zum Zweck der Berufseingliederung
- Gastarzt/-zahnarztstätigkeit
- Promotion
- Aneignung spezieller Kenntnisse in der Medizin/Zahnmedizin
- Weiterbildung zum Facharzt (über die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern)
- Weiterbildung zum Fachzahnarzt (über die Zahnärztekammer Mecklb.-Vorpommern)
- wissenschaftlicher Erfahrungsaustausch

Sicherung des Lebensunterhaltes:

- ein Stipendium
- Entgelt aufgrund eines Arbeits-, Hospitations-, Praktikums-
vertrages -bitte unterstreichen-
- sonstiges Einkommen

Ort, Datum/Bezeichnung der Einstellungsstelle/ggf. Stempel der Einrichtung/**Tel. Nr./
direkte Durchwahl/lesbare u. vollständige Adresse**

Unterschrift und Name in Druckbuchstaben (Titel, akad. Grad)

Leitender Arzt/CA/OA
oder Praxisinhaber

und

Verwaltungsdirektor/-leiter/Personalleiter