



## **Bestätigung über die unselbstständige Tätigkeit als Arbeitnehmer/-in mit Berufsausübungsbewilligung**

Die unterzeichnenden bestätigen, dass \_\_\_\_\_  
(*Vorname, Name einfügen*) als Arbeitnehmer/in mit Bewilligung zur fachlich  
eigenverantwortlichen ärztlichen Tätigkeit (Berufsausübungsbewilligung) arbeitet und diese  
Tätigkeit fachlich eigenverantwortlich im Namen und auf Rechnung von

\_\_\_\_\_  
(*Name, Vorname, Arbeitgeber, resp. Name Institution einfügen*) ausübt.

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitnehmer/-in

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber/-in