

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

Nachweis

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____
als

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegekraft | <input type="checkbox"/> Rettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter:in | <input type="checkbox"/> Therapeut:in |
| <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin in Weiterbildung | |

in unserer Klinik / Praxis beschäftigt ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Klinik/ des Klinikleiters