
Ort, Datum

Nachweis eines Arbeitsverhältnisses

Hiermit bestätigen wir, dass, _____
Vorname, Nachname

geboren am _____ in _____, seit dem _____
Datum Ort Datum

bei uns _____
Praxisname und Adresse

in Vollzeit/Teilzeit als _____ beschäftigt ist.
Beruf

Der Praxisbetrieb kann ohne _____ nicht
aufrechterhalten werden.
Vorname, Nachname

Damit zählt _____ zum systemrelevanten
Personenkreis.
Vorname, Nachname

_____ befindet sich in einem ungekündigten
Beschäftigungsverhältnis.
Vorname, Nachname

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Praxisstempel