

11. Mitteldeutscher Schmerztag

26.–27.11.2021

www.mitteldeutscher-schmerztag.de

Fax: 03641 31 16-244

Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau

Herr

in einem Gesundheitsfachberuf

in unserem Haus / unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel
der Klinik / Praxis/
Universität / Organisation _____