

## MUSTER-BESCHEINIGUNG

Absender  
Muster-Klinikum

Musterstadt

Max/Monika Mustermann

Musterstr. 1

12345 Musterdorf

**Bescheinigung Assistenzarzt/Assistenzärztin in Weiterbildung**

Datum dd.mm.yyyy

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/Herr Monika/Max Mustermann voraussichtlich bis dd.mm.yyyy als **Assistenzarzt/Assistenzärztin in Weiterbildung** im Muster-Klinikum (Abteilung) in Musterstadt beschäftigt ist.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift\*/Klinik-Stempel

- **Bitte lassen Sie die Bescheinigung von Ihrer Klinik auf Firmenpapier ausstellen und von einer autorisierten Person (Personalabteilung/Geschäftsführung/Chefarzt/Chefärztin) unterschreiben und mit einem Klinikstempel versehen.**

**Senden Sie uns die Bescheinigung zusammen mit Ihrer Anmeldung.**