

Weiterbildung zur PAss – H20

Ich, Herr/Frau

Titel.....

Vorname Nachname

bin einverstanden, dass mein(e) Mitarbeiter(in)

Herr/Frau

VornameNachname

die **Weiterbildung zur PAss** in der Fortbildungsakademie ZAHN besucht und das Praktikum
im Rahmen der Ausbildung in meiner Ordination absolvieren darf.

.....
Unterschrift u. Stempel Dienstgeber(in)

.....
Ort, Datum