

Einverständnis Dienstgeber

Ich, Herr/Frau

Titel.....

Vorname Nachname

bin einverstanden, dass mein/e Mitarbeiter/in

Herr/Frau

VornameNachname

Den Lehrgang 2027 - 2029 in der Fortbildungsakademie ZAHN besucht und das

Praktikum im Rahmen der Ausbildung in meiner Ordination absolvieren darf.

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

.....
Ort, Datum