

Bitte schicken Sie dieses ausgefüllte Formular gemeinsam mit den übrigen Unterlagen an die Ärztekammer für Steiermark (nql.aerzte@aekstmk.or.at).

Dienstzeitbestätigung.docx

Muster Dienstzeitbestätigung

.....
Ort, Datum

.....
Dienstgeber

.....
Dienstgeberadresse

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau Dr. im Zeitraum von bis als (Fach-)Arzt/(Fach-)Ärztin für tätig war. In diesem Zeitraum gab es folgende Abwesenheitszeiten (Mehrfachnennungen möglich):

- Mutterschutz von/bis:
- Karenz von/bis:
- Papamonat von/bis:
- sonstige Abwesenheitszeiten von/bis:
- keine

Das Wochenstundenausmaß betrug:

..... Stunden pro Woche im Zeitraum von/bis:

..... Stunden pro Woche im Zeitraum von/bis:

..... Stunden pro Woche im Zeitraum von/bis:

..... Stunden pro Woche im Zeitraum von/bis:

.....
Stempel, Unterschrift Dienstgeber