

BVPRM e.V. | Tzschimmerstr. 30 | 01309 Dresden

Berufsverband für Physikalische
und Rehabilitative Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden
Deutschland

Nachweis des Status als Ärztin / Arzt in Weiterbildung

Hiermit bestätige ich,

Name

Institution

Funktion

dass

Frau / Herr

gegenwärtig als **Ärztin / Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin / Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** bei uns tätig ist.

Die Ausbildung dauert noch voraussichtlich bis

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel