

Klinische Tätigkeit – Aufstellung der Bescheinigungen

Name Antragsteller/in: _____ Mitgliedsnummer (PTK HH): _____

Besch.-Nr.	Einrichtung/Institution	Abteilung/fachl. verantw. Leiter	Zeitraum (von-bis)	Zeitdauer (in Mon.)	Art der Tätigkeit	Vermerke

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner zum Antrag gemachten Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in