

Klinische Tätigkeit – Aufstellung der Bescheinigungen

Name Antragsteller/in: _____ Mitgliedsnummer: _____

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in