

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Geschäftsbereich
Zulassung/Sicherstellung
SG 2 Niederlassungsberatung
Kesslerstraße 1
76185 Karlsruhe

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3700 | Fax 0711 7875-843868 | kooperationen@kvbawue.de

Erklärung Arbeitgeber

zum Antrag: „Gewährung einer Förderung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung
Suchtmedizinische Grundversorgung“

Hiermit erkläre ich/erklären wir,

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n

dass das Arbeitsverhältnis mit meinem/ unserem angestellten Arzt¹

_____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
Titel	LANR											
_____	_____	_____										
Name		Vorname/n										

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d)

