

Bestätigung über Praxistätigkeit mit Laborverordnung während 2014 und 2015 oder 2015 und 2016

Auszufüllen durch Ihren Arbeitgeber oder bei Gruppenpraxen durch
Ihren Praxispartner

Hiermit bestätige ich, dass

Name und Vorname des Antragstellers Fähigkeitsausweis Praxislabor gem. Übergangsregelung	
Im Zeitraum Von : Bis:	

**in unserer Praxis gearbeitet und in diesem Zeitraum Laborleistungen in
unserm Praxislabor verordnet hat.**

Name und Vorname des Arbeitgebers (bei Gruppenpraxen Name und Vorname des Praxispartners)	
Praxis	
Ort und Datum	
Unterschrift	

Attestation de l'employeur ou du cabinet de groupe relative à la réalisation et à la facturation de prestations de laboratoire

Le soussigné atteste, par la présente, que le d

Nom et prénom du requérant	
Durée Du : Au :	