

## Beschäftigungsnachweis zur Vorlage für die VERAH®Prüfung

<b>TEILNEHMER/IN :</b> <small>(Titel, Vorname, Name)</small>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		<b>MFA ID/Kundennummer :</b>	
	_____			
<b>GEBURTSDATUM :</b>		<b>GEBURTSORT:</b>		
<b>STR. / HAUSNR. :</b>	_____			
<b>PLZ / ORT :</b>	_____			
<b>E-MAIL :</b>	_____			
<b>BEMERKUNG :</b> <small>(z. B. bei Namens/- Adressänderungen )</small>	_____			

**PRAXISADRESSE:**

<b>PRAXISNAME :</b>	_____
<b>STR. / HAUSNR. :</b>	_____
<b>PLZ / ORT :</b>	_____
<b>TELEFON/ FAX :</b>	_____

Bitte listen Sie uns Ihren beruflichen Werdegang auf (inklusive Ausbildungszeit):

Unternehmen/Praxis	Zeitraum	Stellenbezeichnung

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, soweit sie für eine sachgerechte Prüfungs- verwaltung erforderlich sind, beim Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärztesverband (IHF) e. V. in Köln, im Verfahren der automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden. Hiermit erkläre ich mich außerdem damit einverstanden, dass meine Unterlagen an das für mich zuständige Prüfungsgremium weitergeleitet werden.