

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Pers.-Nr.: _____

An

(Dienststelle)

Es wird bescheinigt, dass Frau/Herr

(Vorname)

(Zuname)

Eingangsstampiglie der Dienststelle

Anschrift: _____

seit _____ in meiner Behandlung steht/stand und

vom _____ voraussichtlich bis einschließlich

_____ verhindert ist/war, Dienst zu

versehen.

Wien, _____

(Unterschrift und Stampiglie der Ärztin oder des Arztes)

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Pers.-Nr.: _____

An

(Dienststelle)

Es wird bescheinigt, dass Frau/Herr

(Vorname)

(Zuname)

Eingangsstampiglie der Dienststelle

Anschrift: _____

seit _____ in meiner Behandlung steht/stand und

vom _____ voraussichtlich bis einschließlich

_____ verhindert ist/war, Dienst zu

versehen.

Wien, _____

(Unterschrift und Stampiglie der Ärztin oder des Arztes)