

## Beschäftigungsnachweis zur Vorlage für die VERAH Prüfung

<b>TEILNEHMER/IN :</b> <small>(Titel, Vorname, Name)</small>	Herr    Frau											
<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 Hausärzterverband (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.