

Anlage 2 – Bescheinigung eines pharmazeutischen Arbeitgebers in Hessen

Bitte vom zukünftigen Arbeitgeber (Inhaber/in der Apotheke) in Hessen ausfüllen und unterschreiben lassen und im Original vorlegen

Einstellungszusage

Frau/ Herr _____
Name, Vorname

soll in der Apotheke _____

voraussichtlich ab/ vom _____
Datum

als _____ beschäftigt/ eingestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/s der/s Apothekeninhabers/in

Stempel der Apotheke