

Anlage 2 – Bescheinigung eines zahnärztlichen Arbeitgebers in Hessen

Bitte vom zukünftigen Arbeitgeber (Personalabteilung bei Krankenhäusern und Kliniken, Praxisinhaber bei Praxen) in Hessen ausfüllen und unterschreiben lassen und im Original vorlegen

Einstellungszusage

Frau/ Herr _____
Name, Vorname

soll im Krankenhaus/ in der Praxis _____

voraussichtlich ab/ vom _____
Datum

als _____ beschäftigt/eingestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Personalleiters/in, Praxisinhabers

Stempel des Krankenhauses/ der Praxis