[Praxisinhaber]

Vorname Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

[MFA]

Vorname Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Datum

**Bescheinigung als betriebsnotwendiges Fachpersonal in der Arztpraxis   
zur Vorlage gegenüber Vollzugsorganen**

Sehr geehrte Frau xy,

hiermit bestätige ich Ihnen, dass Sie (Frau Vorname Name, geb. am tt.mm.jjjj in Ort) seit dem tt.mm.jjjj in meiner HNO-Arztpraxis als Medizinische Fachangestellte beschäftigt sind. Sie befinden sich zurzeit in einem unbefristeten und ungekündigten Arbeitsverhältnis.

Als Medizinische Fachangestellte zählen Sie zum betriebsnotwendigen Personal der HNO-Arztpraxis

Praxisname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

und müssen auch im Fall von im Zuge der Corona-Pandemie behördlich angeordneten Ausgangsbeschränkungen Ihre Arbeitsstelle erreichen. Ihre Tätigkeit ist der unmittelbaren Patientenversorgung der Bevölkerung zuzurechnen und damit unverzichtbar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Praxisinhaber, Praxisstempel Unterschrift Medizinische Fachangestellte