Ausfüllhilfe:

Bitte unbedingt Briefkopf der Einrichtung verwenden.

**Bestätigung zur Vorlage bei dem**  Wien, am ............................

## Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung

Gruppe Gesundheitsberufe

Thomas-Klestil-Platz 8/1

1030 Wien

Es wird bestätigt, dass

Frau / Herr ....................................................................................................................

berechtigt ist, die geplante freiberufliche Tätigkeit

als................................................................................................................................... mit dem Berufssitz in

(Angabe der Berufsbezeichnung)

........................................................................................................................................

(Angabe der Adresse)

in den Räumlichkeiten unserer Einrichtung auszuüben.

Ausfüllhilfe:

Bitte unbedingt Stampiglie und in Blockschrift den Namen sowie die Unterschrift.

 Name und Unterschrift

 der Leitung der Einrichtung

 Stampiglie der Einrichtung