

Anlage
zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

Antragsteller

Titel _____, Name _____, Vorname _____

bzw.

beim Antragsteller tätiger Arzt

Titel _____, Name _____, Vorname _____

Erklärung des Krankenhausträgers

Hiermit wird bestätigt, dass dem antragstellenden Arzt bzw. dem beim Antragsteller tätigen Arzt ab

_____ in der Abteilung _____ insgesamt bis zu
Datum

_____ Belegbetten zur Ausübung belegärztlicher Tätigkeit zur Verfügung stehen.

Ort, Datum

Unterschrift Krankenhausträger



Stempel Krankenhausträger