Name:

Abteilung:

Sehr geehrte:r …………………………

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Tag an unserer Abteilung. Sie können am …………………….. an unserer Abteilung unter folgenden Bedingungen Ihren Shadowing-Tag absolvieren:

1. Die Vereinbarung begründet kein Dienstverhältnis.
2. …………………………… übernimmt keine Haftung für Erkrankungen, Unfälle oder sonstige Schäden, die Sie während ihrer Tätigkeit bei uns erleiden.
3. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle persönlichen Tatsachen verpflichtet.
4. Bei Antritt ist ein entsprechender Impfstatus mit dem Formular „Immunitätsnachweis“ nachzuweisen.

Ort, Datum Unterschrift der teilnehmenden Person

Ort, Datum Unterschrift der Abteilung