



**BESTÄTIGUNG über im Jahre 2010 / bei Praxiseröffnung im Jahr 2011 im Jahr 2011**  
**tatsächlich geleistete PRÄSENZ- und PIKETTDIENSTE**  
**im Rahmen der spitalinternen Notfalldienst-Organisation**  
**zwecks Festlegung der NFD-ERSATZABGABE 2011**

Das / Die unterzeichnete Spital / Krankenhaus / Klinik bestätigt hiermit zu Händen der Notfalldienst-Organisation des ÄRZTEVERBANDES DER BEZIRKE ZÜRICH UND DIETIKON ZüriMed, dass

Name / Vorname ..... geb. ....

Praxisadresse .....

Umfang Praxistätigkeit pro **2011**: ..... %

im Rahmen der spitalinternen Notfall-Organisation im Jahr **2010 (bzw. 2011)** folgende Präsenz- bzw. Pikettdienste tatsächlich geleistet hat:

**Präsenzdienste 2010 (bzw. 2011)**

Tag/Monat/Jahr


**TOTAL Tage à 24 Std.**

**Pikettdienste 2010 (bzw. 2011)**

Tag/Monat/Jahr


**TOTAL Tage à 24 Std.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
Spital / Klinik / Krankenhaus