



**BESTÄTIGUNG über im Jahre 2014 (bzw. bei Praxiseröffnung im Jahr 2014 im Jahr 2014)
 tatsächlich geleistete PRÄSENZ- und PIKETTDIENSTE
 im Rahmen der spitalinternen Notfalldienst-Organisation
 zwecks Festlegung der NFD-ERSATZABGABE 2015 oder Befreiung davon**

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

Name / Vorname geb.

Praxisadresse

Umfang Praxistätigkeit pro 2015: %

im Rahmen der spitalinternen Notfall-Organisation im Jahr 2014 (bzw. 2015) folgende Präsenz- bzw. Pikettdienste tatsächlich geleistet hat:

Präsenzdienste 2014 (bzw. 2015)

Tag/Monat/Jahr

TOTAL Tage à 24 Std.

Pikettdienste 2014 (bzw. 2015)

Tag/Monat/Jahr

TOTAL Tage à 24 Std.

.....
Ort / Datum

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