

BESCHEINIGUNG

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau/Herr

HINSBERGER, IDA

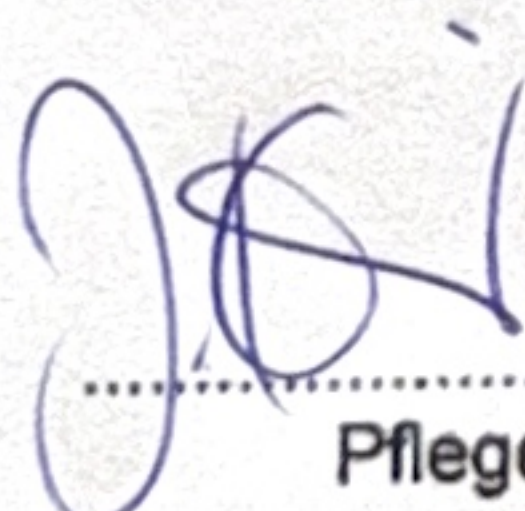
(Name, Vorname)

in unserem Ambulanten Pflegedienst als

stellvertretende Pflegedienstleitung

(Berufsbezeichnung)

mit einem Umfang von 39 Wochenstunden beschäftigt ist.


Pflegedienst


Arbeitnehmer/in