

Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Titel _____

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____

Dienststelle _____

Medizinstudium

vom _____ bis _____ Diplom ausgestellt am _____

in (Land) _____

ausstellende Universität _____

Deutsche Approbation mit Geltung vom _____

ausstellende Behörde _____

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- 1. Identitätsnachweis
- 2. Abschluss Medizinstudium/Diplom
- 3. Lebenslauf/beruflicher Werdegang
- 4. Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit bzw. Arbeitsbuch

Soweit die unter Nr. 1 bis 4 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie **zusätzlich in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde. Sämtliche Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopien oder Originale einzureichen.**

Hinweise:

Eine Antragsbearbeitung erfolgt erst nach Erteilung einer deutschen Approbation.

Für die Erteilung einer Bescheinigung zur tariflichen Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA ist eine Gebühr in Höhe von 250,00 EUR gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der Landesärztekammer Brandenburg zu entrichten. Wir bitten Sie dahingehend im **Vorfeld** mit Ihrem Arbeitgeber zu besprechen, ob die Bescheinigung dort akzeptiert wird. Hierfür ergeht ein gesonderter Gebührenbescheid.

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf tarifliche Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA gestellt habe.

_____, _____

Ort

Datum

Unterschrift

Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Vorname _____ Name _____ geb. am _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____		

Nr. 2	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____		

Nr. 3	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____		

Nr. 4	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____		

Nr. 5	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____		

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____