

Persönliche Erklärung

Erklärung des Prüfungsteilnehmers / der Prüfungsteilnehmerin:

Ich versichere durch meine Unterschrift, dass ich das betriebliche Projekt und die dazugehörige Dokumentation selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen habe, als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in dieser Form keiner anderen Prüfungsinstitution vorgelegen.

Haltern, 19.05.2019

Ort und Datum

G. Queller

Unterschrift

Erklärung des Ausbildungsbetriebes / Praktikumsbetriebes:

Wir versichern, dass der betriebliche Auftrag wie in der Dokumentation dargestellt, in unserem Unternehmen realisiert worden ist.

0231-9432-3503

Telefon/Durchwahl

Marika Schopf

Ansprechpartner

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Geschäftsbereich
Personal und Organisation
Robert-Schirrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Dortmund, 17.05.19

Ort und Datum

M. Schopf

Unterschrift und **Firmenstempel**