

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassenverbände, Gärtnerstraße 14, 96450 Coburg senden.

Bestätigung

Als rechtlich verantwortliche/r, betriebswirtschaftliche/r Leiter/in oder Geschäftsführer/in der ambulanten Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung

bestätige ich, dass die in der Position als stellvertretend verantwortliche Pflegefachkraft gemeldete Person, _____, die gesetzlich und vertraglich geforderte

- ☐ 24 Monate hauptberufliche Berufserfahrung innerhalb der letzten 8 Jahre im examinerten Pflegeberuf nach § 71 Abs. 3 SGB XI,

besitzt.

Entsprechende Nachweise können im begründeten Einzelfall von der Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassenverbände in Bayern (ARGE) auf Anforderung eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Funktion

Bestätigt durch die stellvertretend verantwortliche Pflegefachkraft

Ort, Datum

Unterschrift