Bestätigung über die ehrenamtliche Tätigkeit von
Certification of the honorary work for

……..
(Titel, Name und Geburtstagsdatum) (Title, name, birthday)

im
in
.....……..……
(Krankenhaus, Zahnstation) (Hospital, dental station)

im dem Land
in the country
…….....

in der Stadt
in the city
.....……

in der Zeit vom - bis …
in the time of
……..to……..……..……..……..……..

Hiermit wird bestätigt, dass oben genannte Person bei uns in dem genannten Zeitabschnitt ehrenamtlich mind. 25 Std./ Woche für unsere Organisation gearbeitet hat. Es waren exakt insgesamt
…….……..Std./ Woche

We confirm, that the above named person worked during the stated period, without payment, for at least 25 hours a week for our hospital. Exactly the person worked…… .hours a week.

…….

Datum /	**Unterschrift des Bevollmächtigten /**	**Stempel /**
Date	**Signature of authorized person**	**Stamp**

(Diese Bescheinigung ist unverzüglich nach Abschluss der ehrenamtlichen Tätigkeit an die Geschäftstelle zu senden.
This certificate has to be sent back to the office "Dentists without Limits" immediately after your honorary activity finished.)