



## 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 \_\_\_\_\_