



**BESTÄTIGUNG über im Jahre 2009 tatsächlich geleistete  
PRÄSENZ- und PIKETTDIENSTE  
im Rahmen der spitalinternen Notfalldienst-Organisation  
zwecks Festlegung der NFD-ERSATZABGABE 2010**

Das / Die unterzeichnete Spital / Krankenhaus / Klinik bestätigt hiermit zu Handen der Notfalldienst-Organisation des ÄRZTEVERBANDES DER BEZIRKE ZÜRICH UND DIETIKON ZüriMed, dass

Name / Vorname ..... geb. ....

Praxisadresse .....

**Umfang Praxistätigkeit pro 2010:** ..... %

im Rahmen der spitalinternen Notfall-Organisation im Jahr 2009 folgende Präsenz- bzw. Pikettdienste tatsächlich geleistet hat:

**Präsenzdienste 2009**  
Tag/Monat/Jahr


**TOTAL Tage à 24 Std.**

**Pikettdienste 2009**  
Tag/Monat/Jahr


**TOTAL Tage à 24 Std.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
Spital / Klinik / Krankenhaus