

Beilage zur Anmeldung einer Institution:

**Kantonale Notfallversorgung**

**Bestätigung:**

Hiermit wird bestätigt, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

der Firma \_\_\_\_\_

bei Bedarf und nach Vorgaben der jeweiligen Berufsverbände (z.B. kantonale Ärztegesellschaft) oder des Kantons in der kantonalen Notfallversorgung mitwirken und keine anders lautenden Vereinbarungen getroffen werden.

Die Firma nimmt zur Kenntnis, dass eine Befreiung vom Notfalldienst (je nach Berufsgruppe) finanzielle Ersatzleistungen zur Folge haben kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Verantwortlichen)