

Bezeichnung und Adresse der Einrichtung gemäß  
§ 23 SanG sowie DVR-Nummer

**BESTÄTIGUNG**  
**gemäß § 59 Sanitätergesetz**

Herr/Frau <sup>1)</sup> .....

geboren am ....., wohnhaft in .....,  
ist auf Grund des Nachweises über eine erfolgreich absolvierte weiterführende Ausbildung, veranstaltet  
durch eine Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 Z 1 bis 6 SanG, und nach erfolgreicher Überprüfung der  
Kenntnisse und Fertigkeiten zur Ausübung von Tätigkeiten des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin <sup>1)</sup>  
und zur Führung der Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnung <sup>1)</sup>

**„NOTFALLSANITÄTER“/„NOTFALLSANITÄTERIN“ <sup>1)</sup> (NFS)**

nach Maßgabe des Sanitätergesetzes berechtigt.

....., am .....

.....  
Für die Einrichtung gemäß § 23 SanG

Stampiglie der  
Einrichtung gemäß § 23 SanG

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes streichen oder weglassen.