

KÜNDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES ALS ASSISTENZARZT

Absender : _____
Straße, Hausnummer : _____
PLZ, Ort : _____

Empfänger : _____
Krankenhaus / Klinik : _____
Abteilung : _____

Betreff :

Kündigung meines Arbeitsverhältnisses als Assistenzarzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich das mit Ihnen bestehende Arbeitsverhältnis als Assistenzarzt ordentlich und fristgerecht zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Kündigungsfrist

Bitte bestätigen Sie mir den Erhalt dieser Kündigung sowie das Beendigungsdatum des Arbeitsverhältnisses schriftlich.

Rückgabe von Arbeitsmitteln

Ich werde sämtliche von Ihnen erhaltenen Arbeitsmittel sowie Unterlagen bis zum Ende der Kündigungsfrist zurückgeben.

Arbeitszeugnis

Ich bitte Sie höflich um die Ausstellung eines qualifizierten Arbeitszeugnisses, das meine Tätigkeiten und Leistungen beschreibt.

Schlussformel

Ich bedanke mich für die Zusammenarbeit und wünsche Ihnen und dem Team weiterhin viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Absender

Unterschrift

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/kundigung-assistenzarzt-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.