

ANWESENHEITSBESCHEINIGUNG

Hiermit bestätigen wir, dass sich Herr/Frau

Nachname, Vorname

Geb.-Datum

zur ambulanten Untersuchung in folgendem Zeitraum in unserem Zentrum befand:

Datum

von (Uhrzeit)

bis (Uhrzeit)

medneo Diagnostikzentrum

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Receptionist