



Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich,

(Name).....

(Adresse).....

nach erfolgter Belehrung und in Kenntnis der Strafbarkeit einer falschen
Versicherung an Eides statt, dass ich in der Vergangenheit in der Zahnarztpraxis
Dr. Lothar Klimpel, Bruchweg 2, 67117 Limburgerhof bei

Herrn Dr. Lothar Klimpel

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)