



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 Dermatologischen Praxis des Herrn Dr. Knauber in der Schloßstr. 18, 66953 Pirmasens bei

Herrn Dr. Jürgen Knauber

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)