



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. Königsberger, Fauviller Ring 46, 53501 Grafschaft bei

Herrn Dr. Stefan Königsberger

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)