



Eidesstattliche Versicherung
Anforderung Prothesen / Zahnersatz

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. Paulus in der Kasernenstr. 1B, 40213 Düsseldorf bei

Herrn Dr. Karl Paulus

in Behandlung war und noch eine Prothese / Zahnersatz in der Praxis vorhanden war.

Ich bitte um Zusendung dieser Prothese/Zahnersatz gegen Kostenerstattung in Höhe von 9,80 EUR (Bearbeitungsgebühr 4,00 EUR, Versand und Verpackung 5,80 EUR).

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

WICHTIG:

Bitte senden Sie die Eidesstattliche Versicherung MIT einer Kopie Ihres Personalausweises an eine der nachfolgenden Optionen:

POSTALISCH: Aktensache, Stotzheimer Str. 9, 53881 Euskirchen
FAX: 02251-1464919
EMAIL: paulus@archiv.aktensache.de