



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 Internistischen Praxis **Dr. med. Stefan Kunke**, Marnheimer Str. 70, 67292 Kirchheimbolanden bei

Herrn Dr. med. Stefan Kunke

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)