

Mitgliedsnummer _____
membership number

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Lebensbescheinigung
certificate of being alive

Hierdurch wird bescheinigt, dass
This is to certify

Name *name* _____

Geburtsdatum *date of birth* _____

Anschrift *address* _____

lebt.
is still alive.

Datum *date*

Unterschrift mit Stempel

zum Beispiel: Ärztekammer, Ordnungsamt, Pfarramt, Kreditinstitut, Steuerberater, Krankenhaus, Arzt, Altenheim + Arzt

signature with stamp

*e. g. state medical chamber, public order office, clergyman's office, principal bank, tax advisor, hospital, doctor, old people's home **with** signature of the doctor*