

Invasive Kardiologie
Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr _____
(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem _____ folgende Geräte in meiner/unsere(r) Praxis/ Klinik
(genauer Zeitpunkt)

am Standort: _____
(vollständige Anschrift)

mit nutzt:

1. Gerät

(Firma) (Gerätetyp) (Baujahr)

2. Gerät

(wenn vorhanden, Angaben w.o.)

3. Gerät

(falls zusätzlich vorhanden, Angaben w.o.)

Berlin, den _____

Unterschrift und Arzt-/Kliniktempel

Hinweis: Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!