

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/unserer Praxis/Klinik
(genauer Zeitpunkt)

am Standort
(vollständige Anschrift)

mitnutzt:

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-/Klinikstempel

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