



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 Zahnarztpraxis der Crossdent MVZ GmbH in der Wilhelmstr. 21C, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler bei

Herrn Godehard Uthoff

oder

Herrn Dr. Michael Sieper

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)