

An das
MVZ Ärztliches Labor
Dr. med. Frank Berthold und Kollegen
Franz-Mehring-Straße 23 A
15230 Frankfurt (Oder)

Fax an 0335 5581-160 oder per Kurier

MELDUNG ÜBER PRAXISVERTRETUNG

Während der Zeit

vom _____ bis _____

bleibt unsere Praxis wegen _____ geschlossen.

Die Vertretung übernimmt _____
Name, Praxisanschrift

Im Bedarfsfall sollen Befunde auf Anforderung an o. g. Praxis weitergeleitet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift