

Anlage G

Bestätigung über die unbedingte Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung


für Herrn/Frau.....

geboren am.....

Staatsangehörigkeit.....

medizinisch unbedingt notwendig ist.

.....
Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie des bestätigenden Arztes

| | | |
|---|-----------------|--|
|  | Unterzeichner | serialNumber=932783133,CN=Bundeskanzleramt,C=AT |
| | Datum/Zeit | 2020-10-15T19:32:36+02:00 |
| | Prüfinformation | Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/verifizierung |
| | Hinweis | Dieses Dokument wurde amtssigniert. |