



**IMD®**

**Labor Greifswald**  
MVZ Labor Greifswald GmbH

nach DIN EN ISO 15189  
akkreditiertes  
Medizinisches Labor



An das  
MVZ Labor Greifswald GmbH  
Vitus-Bering-Straße 27 A  
17493 Greifswald

**Fax an 03834 8193-39 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