

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