

An die
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 geschlossen. Die routinemäßige **Anfahrt des Laborkuriers** ist

☐ trotzdem nötig

☐ während dieser Zeit nicht nötig.

Die Vertretung übernimmt

Name, Praxisanschrift

Sollten Befundkopien für die Vertretungspraxis gewünscht sein, so notieren Sie dies bitte als Information auf den jeweiligen Laboraufträgen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Stempel / Unterschrift Praxis

Dieses Dokument finden Sie auch in der aktuellen Fassung auf unserer Internetseite www.imd-greifswald.de