

Stiftung  
"Humanitäre Hilfe"  
Postfach 20 05 54

53135 Bonn

**B E S C H E I N I G U N G**

Hiermit bestätige ich, daß sich

\_\_\_\_\_

(Name)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

\_\_\_\_\_

(geboren am)

bei mir am \_\_\_\_\_ persönlich vorgestellt hat.

Name:

\_\_\_\_\_

Anschrift des  
ausstellenden Arztes:

\_\_\_\_\_

.....  
(Unterschrift/Stempel)