

Mitgliedsnummer _____
Membership number

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Lebensbescheinigung
Certificate of Life

Hierdurch wird bescheinigt, dass
This is to certify that

Name *name* _____

Geburtsdatum *date of birth* _____

Anschrift *address* _____

lebt. Die rentenberechtigte Person hat sich persönlich durch Vorlage eines amtlichen Ausweisdo-
kumentes ausgewiesen.

*is still alive. The entitled person has personally identified her-/himself by presenting an official identification docu-
ment.*

Datum *Date*

Unterschrift mit Stempel
zum Beispiel: Ärztekammer, Ordnungsamt, Pfarramt, Kredit-
institut, Steuerberater, Krankenhaus, Arzt, Alten- und Pflegeheim,
Pflegedienst
Signature with stamp
*e. g. state medical chamber, public order office, clergyman's office,
credit institution, tax consultant, hospital, doctor, retirement or care home,
nursing service*