



PATIENTEN-BESCHEINIGUNG zur Vorlage bei AUSGANGSBESCHRÄNKUNG bzw. AUSGANGSSPERRE

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/ Herr _____
am _____ einen gesundheitlich unaufschiebbaren Termin in unserer
radiologischen Praxis hat, der an einem unserer folgenden Standorte stattfindet:

- Pippinger Str. 25, 81245 München
- Waldstraße 3a, 82166 Gräfelfing
- Waldstraße 7, 82166 Gräfelfing
- Nymphenburger Str. 110, 80636 München
- Berger Straße 8, 82319 Starnberg-Percha

Mit freundlichen Grüßen

RZM München