Naam zorgverlener
AGB-code
Beneluxlaan 573
1363 BJ Almere

Almere, 00-00-2---
Subject: medical certificate

Volledige naam patiënt
Adresgegevens patiënt
Date of Birth *(00-00-0000)*

Passport number
General Practitioner:*(naam huisarts)*Pharmasist: *(bijv. Pharmacy: MEDIQ Apotheek Groningen)*

To whom it may concern,

I hereby state that ***(naam patiënt)***suffers from***(aandoening)***.
He / she uses the following prescribed medication to relieve his / her symptoms:
*(voorgeschreven medicijn, internationale benaming van de stof, gebruikshoeveelheid.
Bijv. 50 mg. of kapanol, morphin retard, twice a day)*

Sincerely Yours,

*stempel van de arts*