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*