



KETTENIS



U. Zeichen: AA//139/61

## BESCHEINIGUNG

Hiermit bescheinigen wir, dass

Herr Josef JONAS  
Nationalregisternummer 840608 001-13  
wohnhaft Gülcherstraße, 4700 Eupen

für den Zeitraum Anrecht auf Übernahme folgender **Arzt- und/oder  
Medikamentenkosten** durch das ÖSHZ hat:

- **Arzthonorare** in Höhe der LIKIV-Tarife für die Visite beim Arzt **Waltraud WALDMANN**.
- **Arzneikosten** für die durch **Waltraud WALDMANN** verschriebenen und **Apotheke Reul** ausgehändigten Medikamente.

Falls weitere Behandlungen notwendig sind, benötigen wir unbedingt einen Kostenvoranschlag. Danke.

Öffentliches  
Sozialhilfezentrum  
Centre Public  
d'Action Sociale

Theresia Thelen

luc.saffre@gmx.net

# Attestation

Je soussigné, Waltraud WALDMANN (221),

docteur en médecine,

déclare avoir reçu en consultation en date du

Herrn Josef JONAS

domicilié à **Gülcherstraße, 4700 Eupen**

dans le cadre de l'aide médicale urgente accordée conformément à l'article 57, §2, de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS aux demandeurs d'asile déboutés ou à d'autres étrangers en séjour illégal dans le Royaume et qui se trouvent dans un état d'indigence.

.....

(signature et cachet du médecin)

# Attestation

Je soussigné, .....

pharmacien à Apotheke Reul (208)

déclare avoir remis des médicaments le

à Herrn Josef JONAS

domicilié à **Gülcherstraße, 4700 Eupen**

dans le cadre de l'aide médicale urgente accordée conformément à l'article 57, §2, de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS aux demandeurs d'asile déboutés ou à d'autres étrangers en séjour illégal dans le Royaume et qui se trouvent dans un état d'indigence.

Je joins un relevé des médicaments.

.....  
(signature et cachet du pharmacien)

Für das Öffentliche Sozialhilfezentrum,  
Der Sekretär,  
im Auftrag,

Theresia Thelen