



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 vom **27. Mai 2014** bis zum **26. Juni 2014** 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.

Für das Öffentliche Sozialhilfezentrum,
Der Sekretär,
im Auftrag,

Theresia Thelen

**Öffentliches
Sozialhilfezentrum
Centre Public
d'Action Sociale**

Theresia Thelen

luc.saffre@gmx.net

Attestation

Je soussigné, Waltraud WALDMANN (223),

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)