

**Gemeinschaftspraxis
Dr. A. Safavi und K. Hirsch
Fachärzte für Neurologie
Burgstraße 3
63755 Alzenau
Tel. 06023-99 32 70
Fax 06023-99 32 71
www.neurologie-alzenau.de**

Datum

Herrn/Frau

Geburtsdatum

Adresse.....

Zollbescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person die aufgeführten Medikamente und Materialien ausschließlich für ihren Eigenbedarf zur Behandlung von Beschwerden und Vermeidung von Notfällen mit sich führt. Die Menge ist der Reisedauer von Tagen angemessen (zuzüglich einer Reserve für Notfälle).

To whom it may concern: This is to certify that the above mentioned person carries the listed medications and/or medical equipment exclusively for his own personal needs in case of illness or emergency. The amount is adequate to the duration (..... days) of the journey (plus a reserve for unexpected events).

A qui de droit: Ceci est pour certifier que la personne mentionnée ci-dessus a été fourni avec les médicaments et le matériel médical listé pur usage personnel seulement dans l'éventualité de maladie, d'accident ou d'urgence. La quantité correspond à la durée (..... jours) du voyage (plus une réserve en cas d'urgences).

A quién corresponda: Pore l presente se certifica que al viajero mencionado más arriba se le han suministrado los fármacos y equipo médico indicados para uso exclusivamente personal en caso de enfermedad o para la prevención de urgencias. La cantidad es adecuada para la duración del viaje de días (además una reserva en caso de emergencia).

Handelsname	Dosierung	Gesamtmenge
brand name / nom comercial	daily dose / dosage	Total amount / quantité
nombre comercial	par jour/dosis diaria	Cantidad total

.....

Ort / place /lugar Datum / date / fecha

.....

Unterschrift des Arztes / doctors 's Stempel, stamp, tampon, sello