



Terminselbstauskunft

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

am _____ um _____ Uhr einen Termin bei der Radiologie Nord- und

Mittelhessen am Standort _____ hat.

Bei Rückfragen zur Terminauskunft, kann sich der berechtigte Interessent unter 05622 71910 0 detailliert informieren.

Ihre Radiologie Nord- und Mittelhessen