

**Mitgliedsnummer** \_\_\_\_\_  
*Membership number*

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt**  
**Gutenberghof 7**  
**30159 Hannover**

**Lebensbescheinigung**  
*Certificate of Life*

Hierdurch wird bescheinigt, dass  
*This is to certify that*

Name *name* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum *date of birth* \_\_\_\_\_

Anschrift *address* \_\_\_\_\_

lebt. Die rentenberechtigte Person hat sich persönlich durch Vorlage eines amtlichen Ausweisdokumentes ausgewiesen.  
*is still alive. The entitled person has personally identified her-/himself by presenting an official identification document.*

\_\_\_\_\_  
Datum *Date*

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift mit Stempel**  
zum Beispiel: Ärztekammer, Ordnungsamt, Pfarramt, Kreditinstitut, Steuerberater, Krankenhaus, Arzt, Alten- und Pflegeheim, Pflegedienst  
*Signature with stamp*  
*e. g. state medical chamber, public order office, clergyman's office, credit institution, tax consultant, hospital, doctor, retirement or care home, nursing service*