1296

CONTROL FORM D.2
Kontrollblatt D.2

CERTIFICATE OF DISCHARGE
Entlassungschein

ALL ENTRIES WILL BE MADE IN BLOCK LATIN CAPITALS AND WILL BE MADE IN INK OR TYPE-SCRIPT.

I
PERSONAL PARTICULARS
Personalbeschreibung

Dieses Blatt muss in folgender weise ausgefüllt werden:
1. In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben.
2. Mit Tinte oder mit Schreibmaschine.

SURNAME OF HOLDER RÜTER
Familienname des Inhabers

CHRISTIAN NAMES FRIEDRICH
Vornamen des Inhabers

CIVIL OCCUPATION BÄCKER
Beruf oder Beschäftigung

HOME ADDRESS Strasse HENNINGSTR. 4
Heimatanschrift Ort LUENEBURG
Kreis LUENEBURG
Regierungsbezirk/Land ~~HANNOVER~~ LBG

DATE OF BIRTH 20. 1. 92
Geburtsdatum (DAY/MONTH/YEAR —Tag/Monat/Jahr)

PLACE OF BIRTH VERDEN
Geburtsort

FAMILY STATUS—SINGLE † Ledig
Familienstand MARRIED Verheiratet X
WIDOW(ER) Verwitwet
DIVORCED Geschieden

NUMBER OF CHILDREN WHO ARE MINORS
Zahl der minderjährigen Kinder 1

I HEREBY CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE PARTICULARS GIVEN ABOVE ARE TRUE.
I ALSO CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE "INSTRUCTIONS TO PERSONNEL ON DISCHARGE" (CONTROL FORM D.1).

Ich ~~erkläre hiermit, nach bestem~~ Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind.
~~Ich bestätige ausserdem dass ich die~~ "Anweisung für Soldaten und Angehörige Militär-ähnlicher Organisationen" u.s.w. (Kontrollblatt D.1) gelesen ~~und verstanden habe.~~

SIGNATURE OF HOLDER Friedrich Rüter
Unterschrift des Inhabers

II
MEDICAL CERTIFICATE
Ärztlicher Befund

DISTINGUISHING MARKS KEINE
Besondere Kennzeichen

DISABILITY, WITH DESCRIPTION L49
Dienstunfähigkeit, mit Beschreibung

MEDICAL CATEGORY BEDINGT K.V.
Tauglichkeitsgrad

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE ABOVE PARTICULARS RELATING TO THE HOLDER ARE TRUE AND THAT HE IS NOT VERMINOUS OR SUFFERING FROM ANY INFECTIOUS OR CONTAGIOUS DISEASE.

Ich erkläre hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind, dass der Inhaber ungezieferfrei ist und dass er keinerlei ansteckende oder übertragbare Krankheit hat.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER [signature]
Unterschrift des Sanitätsoffiziers

NAME AND RANK OF MEDICAL OFFICER IN BLOCK LATIN CAPITALS DR. KLEE, ASS. ARZT
Zuname/Vorname/Dienstgrad des Sanitätsoffiziers
(In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben)

P.T.O.
Bitte wenden

† DELETE THAT WHICH IS INAPPLICABLE
Nichtzutreffendes durchstreichen

PSS 2324 6.46 500m

III

PARTICULARS OF DISCHARGE

Entlassungsvermerk

THE PERSON TO WHOM THE ABOVE PARTICULARS REFER
Die Person auf die sich obige Angaben beziehen

WAS DISCHARGED ON (Date) 14. SEP. 1945 FROM THE* ARMY
wurde am (Datum der Entlassung) vom/von der* entlassen

RIGHT THUMBPRINT Abdruck des rechten Daumens

CERTIFIED BY
Beglaubigt durch

OFFICIAL EMBOSSED SEAL

No. 10 Disbandment Group Unit

NAME, RANK AND APPOINTMENT OF ALLIED DISCHARGING OFFICER IN BLOCK CAPITALS CAPTAIN J. K. HARRISON R.A.

Amtlicher Einprägestempel

* INSERT "ARMY", "NAVY", "AIR FORCE", "VOLKSSTURM", OR PARA-MILITARY ORGANIZATION, e.g. "R.A.D.", "N.S.F.K.", ETC.
Wehrmachtteil oder Gliederung der die Einheit angehört, z.B. "Heer", "Kriegsmarine", "Luftwaffe", "Volkssturm", "Waffen SS", oder "R.A.D.", "N.S.F.K.", u.s.w.

wohnhaft in Lüneburg.

Spinnstoffkartei
angelegt
Lüneburg 11. M... 1946