

Bestätigung

Frau/ Herr _____ (Vorname, Name)

geboren am _____ in _____

und wohnhaft in _____ (Straße, Hausnummer)

_____ (Wohnort und Postleitzahl),

ausgewiesen durch Personalausweis, Reisepass oder _____

(nicht Zutreffendes streichen), hat am _____ (Datum) in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

am Informations- und Beratungsgespräch zur Corona-Schutzimpfung teilgenommen.

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes/ der Ärztin)

(Stempel des Impfzentrums)