

Daten der/des Mitarbeitenden (bitte eintragen):

---

---

---

**Bescheinigung zur Vorlage beim Impfzentrum anlässlich des Termins zur  
Impfung gegen COVID-19**

Hiermit bescheinige ich, dass oben genannte Person in meiner ärztlichen Praxis tätig ist.

---

Datum, Praxisstempel, Unterschrift