

Anmeldung zur Corona Impfung

und

Einwilligungserklärung zur Ausstellung eines digitalen „COVID-19-Impfzertifikats“ und Kenntnisnahme der Datenschutzinformation

Erklärende Person: Bitte unbedingt leserlich schreiben!

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	

Folgende Impfung soll durchgeführt werden (bitte ankreuzen):

1. Impfung	
2. Impfung	
3. Impfung (Auffrischungsimpfung)	

Kann das Impfzertifikat nicht sofort ausgestellt werden (mobile Impftermine), erfolgt die Zustellung per email.

Das Impfzertifikat wird ausgestellt vom impfenden Arzt oder der medi+ Zahnärztlichen Praxisklinik, Haifa-Allee 20, 55128 Mainz

Emailadresse:	
---------------	--

Erklärung

Hiermit bestätige ich, die Datenschutzinformation des Robert Koch Instituts zum digitalen „COVID-19- Impfzertifikat“ zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Ausstellung des digitalen Impfzertifikats zu.

Mit Angabe meiner Emailadresse stimme ich der Übersendung meines Impfzertifikates per Email zu.

Datum

Unterschrift

Bitte dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zum Impftermin mitbringen!