



Hiermit beantrage ich Zugangsdaten die mich zur Ausstellung von Test-/Impfbescheinigungen berechtigen.

Testnachweise

Impfnachweise

Name der Einrichtung/Praxis:

Name des Antragstellers:

Adresse der Einrichtung:

BSN (Betriebsstättennummer):

Hiermit bestätige ich, dass die Einrichtung nur für Patienten Zertifikate ausstellt die auch in dieser Einrichtung geimpft/getestet wurden.

Datum und Ort: _____

Unterschrift: _____