

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

Erklärende Person:

Titel, Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>

Erklärung

Hiermit bestätige ich, die Datenschutzinformation zum digitalen „ COVID-19-Impfzertifikat “ erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Ausstellung des digitalen Impfzertifikats zu.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift