

## Arbeitgeberbescheinigung zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum

### Auskunft der Institution

Name des Trägers:

Träger-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Ansprechperson:

Telefon:

### Angaben zur anspruchsberechtigten Person

Name des Mitarbeitenden:

Geburtsdatum:

Durch die berufliche Tätigkeit in unserer Institution gehört die obengenannte Person zu den Anspruchsberechtigten nach § 3 Absatz 1 Nummer 6a der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_  
Stempel