|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Name der Einrichtung][Adresse][PLZ, Ort] |  |  |
|  |  |

–

–

–

**Empfangsbekenntnis**

Hiermit wird der Empfang bestätigt von:

\_\_\_\_\_\_\_\_ Stück Schnelltests/Selbsttests des Herstellers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_ Stück FFP2-Masken

\_\_\_\_\_\_\_\_ Stück OP-Masken

Name, Vorname (in Druckbuchstaben):

……………………………………………..

Datum:

……………………………………………..

Unterschrift:

……………………………………………..