

Name und Anschrift der tiermedizinischen
Einrichtung / Praxis:

Formular zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum

Die nachfolgende Mitarbeiterin / der nachfolgende Mitarbeiter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Berufsbezeichnung

Adresse

arbeitet in meiner / unserer Tierärztlichen Einrichtung / Praxis. Damit gehört sie / er zu dem Personenkreis nach § 4 Abs. 1, 5. der Corona Impfverordnung (CoronaImpfV). Es handelt sich um „Personen, die in besonders relevanter Position in weiteren Einrichtungen und Unternehmen der Kritischen Infrastruktur tätig sind“.

Damit besteht ein Anspruch auf Schutzimpfung mit erhöhter Priorität.

Wir bitten darum, den Impfschutz meiner / unserer Mitarbeiterin bzw. meines / unseres Mitarbeiters zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel

Datum, Unterschrift