

ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG

Priorisierungsgruppe II
- Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 –

- Coronavirus-Impfverordnung § 3 Nr. 5 -

Hiermit bestätige/n ich/wir

mit dem Vertragszahnartzsitz,

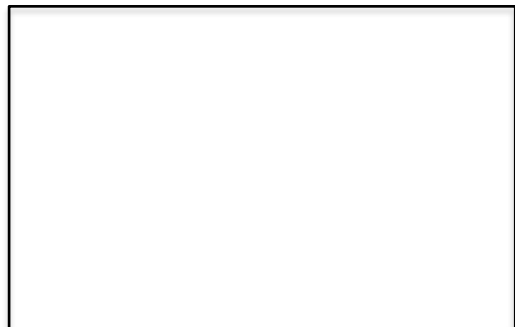
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

dass

	Name der/des Beschäftigten	Geburtsdatum

in meiner/unserer Vertragszahnarztpraxis beschäftigt ist.

_____, den _____
(Ort) (Datum)



Unterschriften der/des Praxisinhaber/s

Praxisstempel

