

Bescheinigung für Mitarbeiter/innen gemäß § 2 Nr. 3 CoronaimpfV über den Anspruch auf Schutzimpfung mit höchster Priorität

Hiermit bescheinigen wir, dass nachfolgende/r Arbeitnehmer/in bei uns beschäftigt ist und im Rahmen unseres ambulanten Pflegedienstes regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandelt, betreut oder pflegt.

Angaben zum ambulanten Pflegedienst

Name des Unternehmens:	
Name Vertreter/in:	Vorname Vertreter/in:
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

Angaben zur Arbeitnehmerin/zum Arbeitnehmer

Name:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

Datum, Ort	Unterschrift Arbeitgeber/in
------------	-----------------------------

