

## Impftermin

Datum: \_\_\_\_\_

Ich möchte gerne eine Impfung gegen eine Infektion mit COVID-19 durchführen lassen.

- 1. Impfung
- 2. Impfung
- 3. Impfung

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_