

## Einwilligungserklärung zur Ausstellung eines digitalen „COVID-19-Impfzertifikats“ und Kenntnisnahme der Datenschutzinformation

### Erklärende Person:

Titel, Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>

### Erklärung

Hiermit bestätige ich, die <b>Datenschutzinformation</b> zum digitalen „ <b>COVID-19-Impfzertifikat</b> “ erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der <b>Ausstellung des digitalen Impfzertifikats</b> zu.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift