
Bestätigung zum Negativnachweis

Vorname

Nachname (in Druckbuchstaben)

Hiermit bestätige ich, dass ich

- einen vollen Impfschutz laut Impfpass (Datum der Zweitimpfung plus 15 Tage)

- einen Genesenennachweis bzw. positiven PCR-Test
(mind. 28 Tage und max. sechs Monate alt)

- einen negativen Antigen- oder PCR-Test, der nicht älter als 24 Stunden ist

vorgelegt habe.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person