

## 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"/>

### Erklärungen

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, die <b>Datenschutzerklärung</b> zum digitalen „COVID-19-Impfzertifikat“ gelesen und verstanden zu haben, sowie hiermit einverstanden zu sein.	
<input type="text"/>	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

Hiermit erkläre ich, dass ich ein <b>digitales COVID-19-Impfzertifikat</b> ausgestellt bekommen möchte.	
<input type="text"/>	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>