
Einrichtung

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr _____
Vorname *Nachname*

die/den bei uns betreute/n, behandelte/n, untergebrachte/n, (_____)
ggf. sonstiges ergänzen

Frau / Herrn _____
Vorname *Nachname*

am _____ 2022
Tag *Monat*

besuchen wird.

_____, den _____ 2022
Einrichtung (Unterschrift / Stempel o.ä.) *Ort* *Datum*