

# Covid-19-Impfung-Anmeldung

Ich möchte mich zur COVID-Schutzimpfung anmelden

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
(möglichst Handy)

Emailadresse \_\_\_\_\_  
(soweit vorhanden)

Wir nehmen Sie in unsere Liste auf und teilen Ihnen zu gegebener Zeit den Impftermin mit.

**Gemeinschaftspraxis Dr. med. Horstmeier & Dr. med. Zak**

# Covid-19-Impfung-Anmeldung

Ich möchte mich zur COVID-Schutzimpfung anmelden

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
(möglichst Handy)

Emailadresse \_\_\_\_\_  
(soweit vorhanden)

Wir nehmen Sie in unsere Liste auf und teilen Ihnen zu gegebener Zeit den Impftermin mit.

**Gemeinschaftspraxis Dr. med. Horstmeier & Dr. med. Zak**