

Antrag digitaler Impfnachweis

APOTHEKEN DR. HENLE
WIR SIND FÜR SIE DA!

So kommen Sie schnell und unkompliziert zu Ihrem digitalen Impfnachweis. Füllen Sie alle Felder bitte komplett und leserlich aus und kommen Sie mit Ihrem **Personalausweis** und Ihrem **Impfpass** in unseren Registrierungsstationen vorbei. Den Code erhalten Sie dann per E-Mail zugeschickt oder zur Abholung in einer unserer drei Apotheken hinterlegt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Datum Erstimpfung	Erhaltenes Vakzin:	<input type="checkbox"/> Pfizer/Biontech	<input type="checkbox"/> Astra Zeneca
		<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Johnson/Johnson
Datum Zweitimpfung	Erhaltenes Vakzin:	<input type="checkbox"/> Pfizer/Biontech	<input type="checkbox"/> Astra Zeneca
		<input type="checkbox"/> Moderna	
Datum Drittimpfung	Erhaltenes Vakzin:	<input type="checkbox"/> Pfizer/Biontech	<input type="checkbox"/> Astra Zeneca
		<input type="checkbox"/> Moderna	
Datum Viertimpfung	Erhaltenes Vakzin:	<input type="checkbox"/> Pfizer/Biontech	<input type="checkbox"/> Astra Zeneca
		<input type="checkbox"/> Moderna	

E-Mail-Adresse

Mobilnummer – alternativ Festnetz

Hiermit bestelle ich verbindlich die Immunkarte für den Preis von 9,90 € mit dazu. Die Immunkarte ist das robuste Medium um den den Impfpass in Plastikkartenformat praktisch mit am Schlüsselbund bei sich zu tragen.

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

Bitte bezahlen Sie die 9,90 € vor Ort Bar in unseren Apotheken.

Mit der Speicherung meiner Daten zur Erfassung und Erstellung eines QR-Codes für den digitalen Impfausweis erkläre ich mich hiermit einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Daten nur für diese Anwendung archiviert werden und keine andere Verwendung finden. Sind die gesetzlichen Archivierungsfristen abgelaufen oder wünschen ausdrücklich keine weitere Speicherung, so werden die Daten unwiederbringlich gelöscht. Mit dem Versand des QR-Codes per E-Mail erkläre ich mich einverstanden.

Für Verzögerungen seitens aller Plattformanbieter können die Apotheken Dr. Henle keine Haftung übernehmen.

Eine schnellstmögliche Umsetzung ist unser gemeinsames Ziel.

Datum

Unterschrift

Wird von der Registrierungsstation ausgefüllt:

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Ausdruck zur Abholung erwünscht über: **Nur für Kunden, die wirklich keine E-Mail Adresse haben!**

Brunnen-Apotheke Bellenberg St. Michael Apotheke Vöhringen Sonnen-Apotheke Vöhringen

Mitarbeiternummer

Unterschrift (Kürzel)