



Name \_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich, dass ich

keine Symptome einer akuten Erkältung oder Atemwegserkrankung aufweise

als geimpft oder als genesen im Sinne des §2 der Abs. 5 und 6 der Eindämmungsverordnung gelte

mittels eines Antigen Tests in einem anerkannten Testzentrum gem. §10d der Eindämmungsverordnung, der nicht älter als 24 Stunden ist, negativ auf das Corona Virus getestet wurde

mittels eines PCR Tests in einem anerkannten Testzentrum gem. §10d der Eindämmungsverordnung, der nicht älter als 24 Stunden ist, negativ auf das Corona Virus getestet wurde

Unterschrift \_\_\_\_\_