**Einwilligungserklärung nach § 28b Abs. 4 IfSG**

Name

Vorname

Anschrift

Hiermit willige ich ein, dass die Firma

berechtigt ist, einen Nachweis über meine vollständige Impfung/Genesung für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten nach der Erhebung aufzubewahren.

Ich bin darüber belehrt worden, dass diese Einwilligung freiwillig ist und jederzeit von mir widerrufen werden kann.

Ort, Datum Unterschrift