

\_\_\_\_\_  
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