



Apotheke Wellingholzhausen

Franz Hoffmann, 49326 Melle, Am Ring 48

Tel.: 05429/316, Fax: 05429/2232

E-Mail: apotheke.welling@gmx.net, Internet: www.apotheke-wellingholzhausen.de



Antrag auf Digitalen Impfausweis:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: __. __. _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____ Passnummer: _____

Datenschutzerklärung:

Hiermit erkläre ich mich entsprechend Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden, dass meine persönlichen Kontaktdaten, Passnummer und Impfnachweise von meiner Apotheke für den digitalen Impfausweis gespeichert werden und der Richtigkeit entsprechen. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten und diese löschen zu lassen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

- Impfpass hat vorgelegen
- Personalausweis hat vorgelegen
- per Email

Die Daten wurden in der Apotheke geprüft.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

FO Digitaler Impfpass