

## Berechtigungsschein für die Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests auf das Corona-Virus SARS-CoV-2

Hiermit bestätigen wir, dass

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

geboren am

\_\_\_\_\_

wohnhaft

unser/e Mitarbeiter/in ist und wir die Kosten für die Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests auf das Corona-Virus SARS-CoV-2 in Ihrem Testzentrum übernehmen.

### Angaben für die Abrechnung:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Firmensitz (vollständige Anschrift)

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

Telefon (Durchwahl)

\_\_\_\_\_

E-Mail

.....

Ort, Datum

.....

Firmenstempel