

Impfwunsch Kind, Eintrag in Warteliste:

Hiermit bestätige ich meinen Wunsch das mein Kind, im Falle einer Zulassung eines Impfstoffes für Kinder ab 12 Jahren, gegen Covid-19 geimpft werden sollt. Ich bitte darum mein Kind auf die **Warteliste des MVZ in Voerde** zu setzen.

Name des Kindes	
Telefon	
E-Mailadresse	

Mir ist bewusst, dass weder ein gesetzlicher Anspruch auf eine zeitnahe Impfung, noch eine Verpflichtung die angebotene Impfung anzunehmen, entstehen.

Wir möchten Sie unbedingt bitten, sich von der Warteliste streichen zu lassen, falls Sie an anderer Stelle bereits eine Impfung erhalten haben.

Bei Fragen sprechen Sie uns einfach an.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Team des MVZ Voerde



MVZ Voerde

Im Verbund der GFO