

# Anmeldung Wechsel Impfzentrum

Für Wolfsburger-Impflinge, welche die Erstimpfung in einem anderen Bundesland erhalten haben und dort nicht die zweite Impfung erhalten können.

**Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.**

Anrede:  Mann  
 Frau  
 Divers

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Adresszusatz: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 keine E-Mail-Adresse vorhanden

Datum Erstimpfung: \_\_\_\_\_

Ort Erstimpfung: \_\_\_\_\_

Impfstoff: \_\_\_\_\_

Chargennummer: \_\_\_\_\_

Formular bitte per Mail an: [impfzentrum@stadt.wolfsburg.de](mailto:impfzentrum@stadt.wolfsburg.de)