




Test-Nr. 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## COVID19-Antigen Test Negative Befundbestätigung

(Felder mit dem Symbol  bitte vorab selbst ausfüllen!)

Hiermit wird bestätigt, dass

 Frau/Herr (Name, Vorname): .....

 geb. am: .....

mittels Antigenschnelltest (PoC-Test) im Testzentrum der Stadt Pfullendorf  
(Parkplatz Seepark Ost, Am Litzelbacher Weg, 88630 Pfullendorf)

am ..... (Datum) um ..... (Uhrzeit)

- **negativ** -

auf das Coronavirus getestet wurde.

Pfullendorf,

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel/Unterschrift der  
durchführenden Organisation