



☛ KFZ Kennzeichen: ..... (Angabe freiwillig)

## 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 kommunalen Testzentrum  
der Stadt Mengen. (Verwaltung: Hauptstr. 90, 88512 Mengen)

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

- **negativ** -

auf das Coronavirus getestet wurde.

Mengen,

.....

Ort, Datum

.....

Stempel/Unterschrift der  
durchführenden Organisation

