

TEILNEHMER-REGISTRIERUNG

Corona-Bedingungen

(Aufgrund behördlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, die Kontaktdaten mit den Aufenthaltszeiten zu dokumentieren.)



Familienname:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon:

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Ermöglichung einer Kontaktpersonennachverfolgung an die zuständige Behörde weitergeleitet werden.

Dies kommt nur im Falle eines Kontaktes zu einer infizierten Person zum Tragen. Nach einer Aufbewahrungsfrist von vier Wochen wird dieser Beleg vernichtet.

Datum, Unterschrift

Ort: Halle 1 oder 2	Uhrzeit: von	bis

Bitte ausfüllen!

TEILNEHMER-REGISTRIERUNG

Corona-Bedingungen

(Aufgrund behördlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, die Kontaktdaten mit den Aufenthaltszeiten zu dokumentieren.)



Familienname:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon:

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Ermöglichung einer Kontaktpersonennachverfolgung an die zuständige Behörde weitergeleitet werden.

Dies kommt nur im Falle eines Kontaktes zu einer infizierten Person zum Tragen. Nach einer Aufbewahrungsfrist von vier Wochen wird dieser Beleg vernichtet.

Datum, Unterschrift

Ort: Halle 1 oder 2	Uhrzeit: von	bis

Bitte ausfüllen!