

Kontaktnachverfolgung



*Name: _____

*Straße: _____

*PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

*Weitere Personen: _____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

*Datum/Uhrzeit:

*Unterschrift: _____

Mit der Unterschrift bestätigt der Teilnehmer*innen, dass sie beim Betreten der Barbarossa-Thermen absolut symptomfrei sind. Außerdem stimmen die Teilnehmer*innen zu, dass ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen Covid 19 Infektion genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

*Pflichtfelder

Stand: 27.09.2021