



Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Besucherzahl \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift \_\_\_\_\_

