

Dokumentation Badegäste

Vorname, Name

Vorname, Name

Telefonnummer

Telefonnummer

Anschrift

Anschrift

Unterschrift

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die Besucherin/ der Besucher, dass sie/er beim Betreten des Freibads absolut symptomfrei ist. Außerdem stimmt die Besucherin/der Besucher zu, dass die 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.

wird vom Wölfle Team ausgefüllt

Datum / Uhrzeit

Dokumentation Badegäste

Vorname, Name

Vorname, Name

Telefonnummer

Telefonnummer

Anschrift

Anschrift

Unterschrift

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die Besucherin/ der Besucher, dass sie/er beim Betreten des Freibads absolut symptomfrei ist. Außerdem stimmt die Besucherin/der Besucher zu, dass die 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

wird vom Wölfle Team ausgefüllt

Datum / Uhrzeit