



Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

Datum: _____ Vorstellung: mittags/abends

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnr.

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten auf Anfrage an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden dürfen. Ihre Daten werden spätestens acht Wochen nach Ihrem Aufenthalt von uns vernichtet.

Unterschrift

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt und bedanken uns für Ihr Verständnis. Liebe Gäste, herzlich Willkommen!