



**WIR SIND
DIE RESERVE**

VERBAND DER RESERVISTEN
DER DEUTSCHEN BUNDESWEHR e.V.

Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

Ort der Veranstaltung: _____

Dauer des Aufenthalts:

Datum von: _____ Uhrzeit ____:____

Datum bis: _____ Uhrzeit ____:____

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 SIND
DIE RESERVE**

VERBAND DER RESERVISTEN
DER DEUTSCHEN BUNDESWEHR e.V.

Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

Ort der Veranstaltung: _____

Dauer des Aufenthalts:

Datum von: _____ Uhrzeit ____:____

Datum bis: _____ Uhrzeit ____:____

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