



Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

Name: _____

Name, Vorname	Adresse	Telefonnummer	E-Mailadresse

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 Ihnen einen interessanten Tag der offenen Tür und bedanken uns für Ihr Verständnis.