

Bitte ausfüllen und in der Meldestelle abgeben – vielen DANK



COVID 19

Contact-Tracing Formular

CSN-B* 02.-04.10.2020 Kuchl/Georgenberg

Reiter

Besucher

Datum: _____ Zeit: _____

Name:

Adresse:

Telefon Nr.:

Name der Begleitpersonen:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die aktuellen COVID-19 Richtlinien gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Die erforderlichen Richtlinien und Hygienemaßnahmen der Bundesregierung sowie die vorgegebenen Regeln seitens des Veranstalters werden nach bestem Wissen und Gewissen eingehalten.
Dieses Formular wird bis 28 Tage nach der Veranstaltung aufbewahrt um bei einem Infektionsfall die Erhebung der Behörde zu beschleunigen und danach vernichtet.

Wenn Sie Symptome aufweisen oder befürchten erkrankt zu sein, bleiben Sie zu Hause und wählen Sie bitte 1450!

Datum und Unterschrift