Kontaktdatenabgleich - Studiomitglieder

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße/Hausnr.:_____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

Email-Adresse: _____

Erklärung:

Ich bin bereits vollständig geimpft und meine letzte Impfung liegt bereits länger als 14 Tage zurück:

Ja ☐ Datum der letzten Impfung: _____

Impfnachweis wurde im Original vorgelegt ☐

Nein ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu Dokumentationszwecken im Rahmen der Nachverfolgung während der Corona-Pandemie verwendet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Hamburg, (Datum) _____ _____
Unterschrift/Studiomitglied

_____ _____
Name Mitarbeiter/RZH Unterschrift/RZH