

Gemeindeverwaltung Stützengrün
Hübelstraße 12
08312 Stützengrün

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Vor- und Zuname:

Geboren am:

Anschrift:

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde in einem Informationsgespräch über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift (Vor- und Zuname)