

BRIEFKOPF STUDIO

### Einverständnis Kontaktpersonennachverfolgung

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Kontakt (E-Mail, Telefon oder Hausanschrift): \_\_\_\_\_

Aufenthalt im Studio:

Datum: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

Alternativ:

Check in Software

Hiermit bestätige ich, dass meine o.g. Kontaktdaten in Zusammenhang mit meinem Studiobesuch für die Dauer von drei Wochen gespeichert werden dürfen. Dies geschieht zu dem Zweck, mich im Falle eines Zusammentreffens mit einer Covid 19 infizierten Person zu informieren und meine Kontaktdaten an die für die Kontaktverfolgung zuständigen Behörde weiterzugeben.

Datum

Unterschrift