

Einverständnis zur Ermöglichung einer Kontaktpersonennachverfolgung

Liebe mas Mitglieder,

im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes erklären Sie sich bei der Nutzung von Leistungen im mas Training damit einverstanden, dass wir bei Verdachtsfall und auf Nachfrage des:

Gesundheitsamtes der Stadt Köln  
Neumarkt 15-21  
50667 Köln

Ihre bei uns gespeicherten Daten, hierunter zählen:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Telefonnummer und E-Mailadresse
- Zeitpunkt des Betretens und Verlassens von mas Training
- Kursteilnahmen

an dieses weitergeben dürfen.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift hiermit ausdrücklich einverstanden.

Name, Vorname (Druckbuchstaben)

(Ort, Datum)

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde