

Kontaktbogen

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher!

Als Museum sind wir dazu verpflichtet, die Verbreitung des Corona-Virus (SARS-CoV-2) zu vermeiden und eine möglichst schnelle Nachverfolgbarkeit möglicher Infektionsketten zu gewähren. Wir bitten Sie daher, dieses Formular auszufüllen:

Datum/ Uhrzeit des Besuchs:	
-----------------------------	--

Person	Name, Vorname	Adresse	Telefonnummer
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich und alle oben genannten Personen keine sichtbaren Symptome der Krankheit Covid 19 (insbesondere Fieber, Husten, Durchfall/Erbrechen und allgemeines Krankheitsgefühl) aufweisen.

Ich willige ein, dass diese Daten für die Dauer von 4 Wochen ab Datum des Besuchs gespeichert und ggf. auf Anforderung an die zuständige Behörde des Landes Nordrhein-Westfalen übermittelt werden. Nach Ablauf der Frist werdend die Daten unverzüglich vernichtet.

Datum:	Unterschrift
--------	--------------