



Hasenheide 108, 10967 Berlin
www.heide-sport.com
(030) 6222038 (030) 6211565
service@bowling-hasenheide.de



Datum	Bahn Nummer(n)	Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende

Datenerfassung – Kontaktdaten

2G Prüfung - Gruppen, Familien, Teams

Gemäß der Verordnungen des Berliner Senats zur Bekämpfung des Corona Virus sind wir dazu verpflichtet, die nachfolgenden Daten zu erheben und dem Gesundheitsamt zur Verfügung zu stellen, falls ggf. eine Infektionskette nachverfolgt werden muss.

Mit dem Ausfüllen des Formulars willigen Sie ein, dass die Daten **ausschließlich** in Papierform für den o.g. Zweck aufbewahrt werden. Diese Daten werden **nicht** elektronisch verarbeitet.

I. Ansprechpartner

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

II. Personendaten

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung	

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

Name, Vorname		Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)
<input type="checkbox"/> Geimpft	<input type="checkbox"/> Genesen	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bestätigung der Nichtimpfung

III. Datum und Unterschrift Ansprechpartner (siehe Abschnitt I)

Datum	Unterschrift
-------	--------------