

KUR-APOTHEKE



Bad Vöslau KG

Badner Strasse 12 • 2540 Bad Vöslau

Tel.: 02252 70406 • Fax.: -18

info@kur-apotheke.at • www.kur-apotheke.at

PCR-/ANTIGEN Einwilligungserklärung

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Vers.No + GEB.DATUM: (VERS.NO) | (TAG) | (MON) | (JAHR)

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. f. Contact-Tracing: _____

E-Mail: _____

Verständigung per: SMS Email

Einwilligungserklärung:

Die getestete Person bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Die getestete Person stimmt ausdrücklich zu, dass die Kur-Apotheke Bad Vöslau KG, die von ihm/ihr bekannt

gegebenen Daten in das Screening Portal einpflegen darf. Die Kur-Apotheke Bad Vöslau KG ist nicht für die

Überprüfung der Richtigkeit der angegebenen Daten verantwortlich. Die Kur-Apotheke Bad Vöslau KG ist nicht für

etwaige Eingabefehler verantwortlich.

Dazu stimmt der Kunde ausdrücklich zu.

Bad Vöslau, am _____
Datum

[Unterschrift des volljährigen Kunden]