



Kontaktformular

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer: _____

Trainer: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Das Formular wird nur nach Aufforderung autorisierten Behörden übermittelt, wenn ggf. Infektionswege zurückverfolgt werden müssen, andernfalls nach 4 Wochen vernichtet. Die Bestimmungen der Art. 13, 15, 18 und 20 der Datenschutz-Grundverordnung zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten finden keine Anwendung.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Bleiben Sie gesund!**