



SARS-CoV-2-Abstrich

Erklärung der / des Sorgeberechtigten

(Personalien der/des Minderjährigen) Bitte in Druckschrift ausfüllen

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn / meiner Tochter einverstanden bin.

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: Festnetz: _____

Mobil: _____

Ich willige ein, in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der

- personenbezogenen Daten
- biometrischen Daten (insbesondere Foto)
- Gesundheitsdaten (insbesondere Testergebnisse)

Gemäß der mir vorliegenden und online veröffentlichten **Datenschutzhinweisen** zu darin benannten Zwecken.

- Zudem habe ich die vorliegenden und online veröffentlichten **Allgemeinen Geschäftsbedingungen der BE.SAFE** zur Kenntnis genommen und bestätige diese.

(Ort, Datum) (Unterschrift des / der Sorgeberechtigten)