



BE.SAFE

www.besafe-coronatest.de

SARS-CoV2-Abstrich - Erklärung der/des Sorgeberechtigten

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem SARS-CoV2-Abstrich bei meiner Tochter / meinem Sohn einverstanden bin.

Daten der/des Minderjährigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Festnetz/Mobil: _____

Einwilligung Datenschutz und AGB

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der

- personenbezogenen Daten
- Gesundheitsdaten (insbesondere Testergebnis)

gemäß der mir vorliegenden und online veröffentlichten **Datenschutzhinweise** zu den darin benannten Zwecken ein.

Zudem habe ich die vorliegenden und online veröffentlichten **Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Team Feel Good BE.SAFE Test GmbH** zur Kenntnis genommen und bestätige diese.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r