



Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keine SARS-CoV-2 Symptome (Husten, Halsweh, Fieber/erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Durchfall, Gliederschmerzen, Atembeschwerden) gezeigt habe. In den vergangenen 14 Tagen wurde bei mir kein positiver Befund einer SARS-CoV-2 Infektion festgestellt. Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person die positiv auf eine SARS-CoV-Infektion getestet wurde.

Name	Vorname	Verein	Tel-Nummer	Adresse/E-Mail
Berlin, den		Unterschrift:

Der Veranstalter wird die abgegebenen Daten nach dem Ablauf von 4 Wochen vernichten.