

Evangelisch-reformierte Domgemeinde Halle

Gottesdienst am _____

Name _____

Anschrift _____

Tel. _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- mich in den vergangenen 14 Tagen nicht außerhalb der EU aufgehalten habe
- keine Erkältungssymptome wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden aufweise

Diese Angaben werden im Sekretariat der Evang.-reformierten Domgemeinde
4 Wochen aufbewahrt und danach vernichtet (geschreddert).

Evangelisch-reformierte Domgemeinde Halle

Gottesdienst am _____

Name _____

Anschrift _____

Tel. _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- mich in den vergangenen 14 Tagen nicht außerhalb der EU aufgehalten habe
- keine Erkältungssymptome wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden aufweise

Diese Angaben werden im Sekretariat der Evang.-reformierten Domgemeinde
4 Wochen aufbewahrt und danach vernichtet (geschreddert).

Evangelisch-reformierte Domgemeinde Halle

Gottesdienst am _____

Name _____

Anschrift _____

Tel. _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- mich in den vergangenen 14 Tagen nicht außerhalb der EU aufgehalten habe
- keine Erkältungssymptome wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden aufweise

Diese Angaben werden im Sekretariat der Evang.-reformierten Domgemeinde
4 Wochen aufbewahrt und danach vernichtet (geschreddert).

Evangelisch-reformierte Domgemeinde Halle

Gottesdienst am _____

Name _____

Anschrift _____

Tel. _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- mich in den vergangenen 14 Tagen nicht außerhalb der EU aufgehalten habe
- keine Erkältungssymptome wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden aufweise

Diese Angaben werden im Sekretariat der Evang.-reformierten Domgemeinde
4 Wochen aufbewahrt und danach vernichtet (geschreddert).