

BESUCHERFORMULAR // REGISTRIERUNG

Besucher (Name und Angaben zum derzeitigen Hauptwohnsitz):

NAME (Nach- und Vorname in Blockbuchstaben):	
STRASSE / HAUSNUMMER:	
POSTLEITZAHL:	
ORT	
TELEFONNUMMER:	
E MAIL ADRESSE:	

Negatives Testergebnis, Impfnachweis oder Nachweis über Genesung liegt vor:

- JA
- NEIN (kein Zugang zur Veranstaltung)

Besteht bei Ihnen oder einer Ihrer Kontaktperson der Verdacht auf eine noch nicht bestätigte Infektion mit Covid-19 mit angeordneter häuslicher Quarantäne?

- NEIN
- JA (kein Zugang zur Veranstaltung)

Waren Sie in den letzten 14 Tage im Ausland?

- NEIN
- JA, wenn ja, welches Land wurde besucht, bitte genauen Zeitraum ggfs. Anschrift angeben:

● _____

● _____

Der Besucher wurde darauf hingewiesen, dass diese Daten 4 Wochen gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Besucher

PS RACING CENTER