

Berechtigung COVID19-Antigentest (PoC-Schnelltest)

an den Schnellteststellen Sigmaringen:

- Parkplatz „In den Burgwiesen 24“, 72488 Sigmaringen (zwischen TÜV und Feuerwehr)
- Parkplatz „Zeppelinstraße 2-8“, 72488 Sigmaringen (ehemals Vögele)

Hiermit bestätige ich,

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Adresse: _____

dass,

ich die Möglichkeit der kostenfreien „Bürgertestung“ maximal einmal in der Woche in Anspruch nehme. Falls weitere Testungen gewünscht sind, müssen diese auf eigene Kosten durchgeführt werden. Andernfalls können die Testungen nachträglich in Rechnung gestellt werden.

oder: dass,

ich Mitarbeiter*in/Schüler*in an einer Schule/einer Kindertageseinrichtung bin, und die Möglichkeit der kostenfreien Testung in Sigmaringen maximal zweimal in der Woche in Anspruch nehme. Falls weitere Testungen gewünscht sind, müssen diese auf eigene Kosten durchgeführt werden. Andernfalls können die Testungen nachträglich in Rechnung gestellt werden. Name und Ort der Einrichtung: _____

Mir ist bewusst, dass der Corona-PoC-Antigen-Schnelltest nur eine Momentaufnahme ist und entbindet nicht von Hygiene- und Schutzmaßnahmen.

Hiermit erkläre ich, dass

- alle Angaben der Wahrheit entsprechen und rechtverbindlich sind. Weiter bestätige ich,
- mein Einverständnis zur Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der mit dieser Berechtigung erhobenen Daten. Die Daten werden zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger gespeichert und nach der Abrechnung gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des/der Erziehungsberechtigten)

Im Rahmen, der von der Stadt Sigmaringen, angebotenen Antigen-Tests im Zusammenhang mit der Eindämmung der Corona-Pandemie (Covid19), nehme ich auf eigenen Wunsch an dem Test teil. In diesem Zusammenhang verzichte ich auf jegliche zivilrechtlichen Haftungs- sowie Schmerzensgeldansprüche gegen die Stadt Sigmaringen, wie auch gegen, die im Auftrag der Stadt Sigmaringen handelnden Unternehmen und Personen im Hinblick auf evtl. eintretende Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des/der Erziehungsberechtigten)

Wird von der Teststation ausgefüllt (zurück an die Kommune)

Testung wurde am _____ von

Erste Hilfe Wolf / Medical Care Wolf

DRK Sigmaringen

durchgeführt.

Unterschrift: _____

Bitte die grau hinterlegten Felder bereits im Vorfeld ausfüllen und das Formular mitbringen.