

## Landpartie am Niederrhein



Kunst, Kultur und Kreatives in und um Kevelaer

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von - bis: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Selbstverpflichtung:**

**Ich bestätige, dass ich eine negative, aktuelle Testbescheinigung, eine Genesungs- oder eine gültige Impfbestätigung vorweisen kann.**

### **Datenschutz:**

Ich willige ein, dass meine Daten zunächst 14 Tage vorgehalten und im Falle einer Infektion an die Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Landpartie am Niederrhein



Kunst, Kultur und Kreatives in und um Kevelaer

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von - bis: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Selbstverpflichtung:**

**Ich bestätige, dass ich eine negative, aktuelle Testbescheinigung, eine Genesungs- oder eine gültige Impfbestätigung vorweisen kann.**

### **Datenschutz:**

Ich willige ein, dass meine Daten zunächst 14 Tage vorgehalten und im Falle einer Infektion an die Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Landpartie am Niederrhein



Kunst, Kultur und Kreatives in und um Kevelaer

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von - bis: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Selbstverpflichtung:**

**Ich bestätige, dass ich eine negative, aktuelle Testbescheinigung, eine Genesungs- oder eine gültige Impfbestätigung vorweisen kann.**

### **Datenschutz:**

Ich willige ein, dass meine Daten zunächst 14 Tage vorgehalten und im Falle einer Infektion an die Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Landpartie am Niederrhein



Kunst, Kultur und Kreatives in und um Kevelaer

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von - bis: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Selbstverpflichtung:**

**Ich bestätige, dass ich eine negative, aktuelle Testbescheinigung, eine Genesungs- oder eine gültige Impfbestätigung vorweisen kann.**

### **Datenschutz:**

Ich willige ein, dass meine Daten zunächst 14 Tage vorgehalten und im Falle einer Infektion an die Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift