

Anmeldeformular zum Covid 19 Antigen-Schnelltest

Vorname:

Nachname:

Adresse:

Mobilnummer:

E-Mail:

Vers.nummer und Geb.datum:

Krankenkasse:

- Mir ist bewusst, dass dies ein meldepflichtiger Test ist.
- Ich willige hiermit ein, dass meine Daten nur für den Covid 19 Antigen-Schnelltest, durchgeführt von der Adler Apotheke, verwendet werden dürfen.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben, sowie die bei mir durchgeführte Testung.

Datum

Unterschrift

Wie haben Sie über den COVID 19 Antigen-Schnelltest in der Adler Apotheke erfahren?

- Social Media
- Newsletter
- In der Adler Apotheke
- Empfehlung
- Andere: