



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

-
- Ich möchte einen **kostenlosen** Antigen-Schnelltest (Bürgertestung)
 - Ich möchte einen Antigen-Schnelltest als **Selbstzahler** (25 €)

 - Ich habe die Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 sowie die Datenschutz-Informationen gelesen und bin damit einverstanden.
 - Ich habe derzeit keine grippeähnlichen Symptome oder leide unter Geruchs- oder Geschmacksverlust
 - Ich war in den letzten 14 Tagen weder in einem Risikogebiet, noch hatte ich in diesem Zeitraum Kontakt zu einer positiv getesteten Person

Weiher,

Ort/Datum

Unterschrift