

DOKUMENTATION Museumsbesucher*innen

STÄDTISCHE
GALERIE
KARLSRUHE

Name, Vorname

1. Begleitperson, gleicher Haushalt

2. Begleitperson, gleicher Haushalt

Straße

Plz; Ort

Datum, Uhrzeit

Beginn des Besuchs (Besuchszeit bis zu 90 Minuten)

Telefonnummer oder E-Mail (falls vorhanden)

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt.

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigen die Besucher*innen, dass sie beim Betreten des Museums absolut symptomfrei sind. Außerdem stimmen die Besucher*innen zu, dass ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID 19 Infektion genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

DOKUMENTATION Museumsbesucher*innen

STÄDTISCHE
GALERIE
KARLSRUHE

Name, Vorname

1. Begleitperson, gleicher Haushalt

2. Begleitperson, gleicher Haushalt

Straße

Plz; Ort

Datum, Uhrzeit

Beginn des Besuchs (Besuchszeit bis zu 90 Minuten)

Telefonnummer oder E-Mail (falls vorhanden)

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt.

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigen die Besucher*innen, dass sie beim Betreten des Museums absolut symptomfrei sind. Außerdem stimmen die Besucher*innen zu, dass ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID 19 Infektion genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.