



Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

TESTZENTRUM

Teststellennr. 12146

 02332 - 1718705

 info@mbd-en.de
www.mbd-en.de

Vorname

Name

männlich

weiblich

divers

Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ/ ORT

Telefonnummer

Datenschutzhinweis

Im Zusammenhang mit der Testung werden personenbezogene Daten von Ihnen wie Namen, Kontaktdaten, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten (Test positiv, Test negativ) verarbeitet. Die Daten werden verarbeitet, um Sie eindeutig zu identifizieren und ggfs. mit Ihnen in Kontakt treten zu können.

Bei einem negativen Testergebnis verbleiben diese ausschließlich beim MBD Testzentrum und werden nach 4 Wochen gelöscht. Ist der Test positiv, sind wir gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c, Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Ihre Daten an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterzuleiten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung der freiwilligen Testung ein.

Unterschrift

Datum