



Schutzmassnahmen gegen den neuen Coronavirus (Covid-19)

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ & Ort	
Telefon	

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nicht mit einer mit dem Covid-19 Virus infizierten Person in Kontakt war und dass ich keine Symptome wie Husten, Fieber ($\geq 37.5^\circ$ Celsius) oder Atembeschwerden aufweise.

Ich bestätige, die Hygienevorschriften des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) auf der Rückseite gelesen zu haben und sie einzuhalten

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontaktperson bei OMEGA:

Vorname: _____ Name: _____



Schutzmassnahmen gegen den neuen Coronavirus (Covid-19)

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ & Ort	
Telefon	

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nicht mit einer mit dem Covid-19 Virus infizierten Person in Kontakt war und dass ich keine Symptome wie Husten, Fieber ($\geq 37.5^\circ$ Celsius) oder Atembeschwerden aufweise.

Ich bestätige, die Hygienevorschriften des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) auf der Rückseite gelesen zu haben und sie einzuhalten

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontaktperson bei OMEGA:

Vorname: _____ Name: _____

Ω OMEGA **MASQUE OBLIGATOIRE**
LORS DE TOUT DÉPLACEMENT AU SEIN D'OMEGA



Mit meinen Initialen bestätige ich die Hygienevorschriften von OMEGA
gelesen zu haben und sie einzuhalten:

Ω OMEGA **MASQUE OBLIGATOIRE**
LORS DE TOUT DÉPLACEMENT AU SEIN D'OMEGA



Mit meinen Initialen bestätige ich die Hygienevorschriften von OMEGA
gelesen zu haben und sie einzuhalten: