



KRISTALL THERME

BAD KLOSTERLAUSNITZ

KONTAKTFORMULAR

Name

Vorname

Telefonnummer

Tag & Uhrzeit

-
- Hiermit bestätige ich, dass ich wissentlich nicht im Kontakt zu mit COVID-19 infizierten Personen stand, bzw. dass seit dem Kontakt 14 Tage vergangen sind und ich keine Krankheitssymptome aufweise.



Hier abtrennen!