**إشعار موافقة**

بموجب هذا اإاشعار أوافق على قيام مقدم الخدمة المذكور أعلاه باجراء هذا الاختبار.

covid -19من الملاحظ أن معالجة البيانات الشخصية التالية بغرض تحديد عدوى محتملة لفيروس كورونا

وكذلك لمنع انتشار هذا المرض .

أصبح من المعلوم لدي أنه في حال كانت نتيجة الاختبار إيجابية. فإن مقدم الخدمة ملزم قانونيا بإبلاغ مديرية الصحة.

يمكنني إلغاء موافقتي لاحقا في أي وقت ا.لا يؤثر سحب موافقتي على قضية المعالجة التي تم اجراؤها قبل الانسحاب.

يمكنك الحصول على معلومات إضافية حول معالجة البيانات الشخصية لغرض اختبار كورونا على الموقع الالكتروني التالي

https//bad-bramstedt.de/Stadtportal/Corona-Informationen/Testzentrum-Bad-Bramstedt/

بيانات الشخص المختبر

الاسم . الكنية :

تاريخ الميلاد:

عنوان محل الإقامة المعتاد:

رقم الهاتف للاتصال:

بموجب توقيعك فإنك توافق على معالجة وتخزين بياناتك الشخصية وفقا للشروط المذكورة أعلاه.

بموجب توقيعك تؤكد أيضا أنك لست في الحجر الصحي حاليا وأنه لا توجد لديك أعراض العدوى لفيروس كورونا مثل السعال, الحمى , التهاب الحلق, اضطرابات التذوق و الشم.

التاريخ . التوقيع