

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésénél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez - Magyar Gyermekmasszázs Egyesület továbbképzésnél

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám	
Képzés:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) köhög-e?		
Ön (családtagjai) köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
Külföldi utazás	Igen	Nem
Ön járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött	Igen	Nem
Ön egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a Magyar Gyermekmasszázs Egyesületet (telefonszám: +36 30 589 3432). A képzésen saját felelősségemre veszek részt

Kelt: _____
aláírás

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum				
Szignó				

*Fokozottan ügyelek a képzés alatt a személyi higiénia betartására:
Alapos szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítés, védőtávolság betartása,
Emellett szigorúan betartom a köhögés etikett szabályait (papír zsebkendő használata, annak hiányában behajlított kar könyökhajlatába történő köhögés, tüsszentés).*

A fenti információk kizárólag a potenciális járványügyi helyzetre való tekintettel kerülnek rögzítésre, amelyeket az aláírás dátumától számított 3 hónapot követően megsemmisítünk.