

Do wypełnienia przez zewnętrznego gościa lub usługodawcę:


Identyfikacja:

Cel: Odwiedzający Serwis

Osoba do kontaktu: Siempelkamp-Firma:

Nazwa: Firma:

Kwestionariusz:

Nr.	Pytanie	Tak	Nie
1	<p>Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywałeś w obszarze sklasyfikowanym przez Instytut Roberta Kocha jako obszar ryzyka?</p>  <p>Tutaj znajdują się aktualne obszary ryzyka określone przez Instytut Roberta Kocha</p> <p>Jeśli tak: Data przybycia: ___ / ___ / 2020 Data wyjazdu: ___ / ___ / 2020</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Czy byłeś w innych krajach lub regionach w ciągu ostatnich 14 dni?</p> <p>Jeśli tak: To gdzie byłeś: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy miałeś świadomie kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą, która miała pozytywny wynik testu na Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy w ciągu ostatnich 14 dni świadomie miałeś kontakt z osobą, która aktualnie przebywa na kwarantannie z powodu podejrzanej sprawy (dotyczącej Covid-19)??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś lub miałaś jeden lub więcej z następujących objawów? Gorączka, kaszel, biegunka, ból gardła, trudności z oddychaniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejszym potwierdzam, że otrzymałem arkusz informacyjny "Rules of Conduct CORONA" i że będę przestrzegał opisanych tam zasad.

X.....

Data i podpis

Do wypełnienia przez pracowników Siempelkamp (klient):

Data zapisu: / / 2020 Czas: :

Niniejszym potwierdzam, że sprawdziłem kwestionariusz (dostęp tylko w przypadku, gdy na wszystkie pytania udzielono odpowiedzi typu NO*) oraz że karta informacyjna "Zasady postępowania CORONA" została wręczona.

.....
Nazwa

.....
Podpis

* jeżeli na pytanie zostanie udzielona odpowiedź TAK, należy odmówić dostępu.