



EINWEISUNGSNACHWEIS INSTRUCTION CONFIRMATION

Nr. 1000.6680008151
No.



Vorname / Nachname: MARC BAUMANN-KURSCHINSKI
First name / Last name

Firma: WECHSELNDE APOTHEKEN
Company

Sicherheitseinweisung: Einweisung Apotheken
Safety instructions

Gültig bis: 09.11.2023
Valid until

Hiermit bestätige ich, dass ich die o. g. Sicherheitseinweisung ohne fremde Hilfe absolviert habe und die Sicherheitsregeln sowie die Sicherheitsinformationen verstehe und akzeptiere.

I hereby confirm that I have completed the above-mentioned safety instruction course and test without assistance and that I understand and accept the safety rules and safety information.

Im Zuge der Nutzung dieses Systems erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für Zwecke der Zugangskontrolle und Kontrolle erforderlicher organisatorischer Zuordnungen und Unterweisungen verwendet wird.

I hereby confirm that while I am in the process of using this system my personal data may be used for the purposes of confirming access and checking the necessary organizational assignments and instructions.

INGOLSTADT

Standort
Location

09.11.2022 14:41:40

Datum / Uhrzeit
Date / time

Unterschrift Teilnehmer/-in
Signature participant