

Ankieta
Centrum Park Chojnice Sp. z o.o.
(Park Wodny)
COVID 19

Imię i nazwisko

.....

Nr tel.

Data wizyty:/...../2020 r.

Godzina:

- Czy występują u Pani/Pana objawy wskazujące na chorobę zakaźną?
TAK / NIE
- Czy jest Pani/Pan w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji lub kwarantanny?
TAK / NIE
- Czy zamieszkuje Pani/Pan z osobą, która jest poddana obowiązkowej izolacji bądź kwarantanny?
TAK / NIE
- W przeciągu tygodnia miał/a Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowaną do izolacji?
TAK / NIE

Zasady obowiązujące w obiekcie

Aby skorzystać z atrakcji pływalni:

- приходимы в масечце,
- założonych rękawiczkach jednorazowych (lub po wejściu do holu głównego dezynfekujemy dłonie),
- podczas całej wizyty nie korzystamy z telefonu komórkowego, tabletu, itp.
- po skończonej wizycie ponownie dezynfekujemy dłonie.

Ankieta

**Centrum Park Chojnice Sp. z o.o.
(Park Wodny)
COVID 19**

Imię i nazwisko

.....

Nr tel.

Data wizyty:/...../2020 r.

Godzina:

- Czy występują u Pani/Pana objawy wskazujące na chorobę zakaźną?
TAK / NIE
- Czy jest Pani/Pan w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji lub kwarantanny?
TAK /NIE
- Czy zamieszkuje Pani/Pan z osobą, która jest poddana obowiązkowej izolacji bądź kwarantanny?
TAK / NIE
- W przeciągu tygodnia miał/a Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowaną do izolacji?
TAK / NIE

Zasady obowiązujące w obiekcie

Aby skorzystać z atrakcji pływalni:

- приходимы в масечце,
- założonych rękawiczkach jednorazowych (lub po wejściu do holu głównego dezynfekujemy dłonie),
- podczas całej wizyty nie korzystamy z telefonu komórkowego, tabletu, itp.
- po skończonej wizycie ponownie dezynfekujemy dłonie.