

Kontaktformular

Name: _____
Geschlecht: _____
E-Mail-Adresse: _____
Telefon: (optional) _____

Gewünschte Sprache:

- Englisch
- Französisch
- Arabisch
- Türkisch
- Russisch

Ihr Anliegen (Mehrfachnennung möglich):

- Beratung zu HIV und sexuell übertragbare Infektionen
- Testung auf HIV
- Testung auf sexuell übertragbare Infektionen
- PrEP Beratung
- PrEP Testung

Weitere Anliegen: _____

• Hiermit willige ich in die Übermittlung meiner angegebenen Daten ein und erlaube die Kommunikation zwischen Beratungseinrichtung und Sprachmittler*in. Meine Daten werden lediglich zu Kontaktzwecken in der genannten Angelegenheit gespeichert. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Wir bearbeiten Ihre Anfrage schnellstmöglich. Die Bearbeitungszeit und der Kontakt zur*zum Sprachmittler*in kann bis zu 2 Wochen dauern.

İletişim Formu

Tam adınız: _____
Cinsiyetiniz: _____
E-posta adresiniz: _____
Telefon numaranız: (isteğe bağlı) _____

Tercih ettiğiniz iletişim dili:

- İngilizce
- Fransızca
- Arapça
- Türkçe
- Rusça

Talebiniz (Birden fazla seçenek mümkündür):

- HIV ve CYBE'ler üzerine danışma
- HIV testi
- CYBE testi
- PrEP üzerine danışma
- PrEP testi

Diğer talepleriniz: _____

• Verilerimin aktarılmasına onay veriyorum ve danışma merkezi ile çevirmen arasındaki iletişime izin veriyorum. Verilerim yalnızca belirtilen konularda iletişim amacıyla saklanabilir. Onayımı dilediğim zaman geri çekebileceğimin farkındayım.

İsteğinizi mümkün olan en kısa sürede işleme alacağız. İşlem süresi ve çevirmen ile iletişim 2 haftaya kadar sürebilir.