



kosmetický salon a estetická medicína
Palackého nám. 94, 386 01 Strakonice

FORMULÁŘ PRO ZÁJEMCE O ANTIGENNÍ TEST NA COVID-19

Příjmení: Jméno:

Rodné číslo:/....., Národnost:

Pojišťovna:

Adresa:

Příznaky (nehodící se škrtněte):

ANO

NE

Pokud máte příznaky, tak jaké?

Telefonní číslo:

Dotazník předejte personálu odběrového místa před samotným vyšetřením.

Vaše osobní údaje uvedené ve formuláři budou použity pro účely vykazování úkonů zdravotním pojišťovnám a zavedeny do evidence ÚZIS pro testování.