

Dotazník pro firmy nad 10 osob k antigennímu testování na SARS-CoV 2

(Vyplňte, prosím, na počítači, uložte vyplněné a zašlete na e-mail: prijem@laznevbeyhyni.cz)

Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>

Testování objednal(a) Telefon Požadavky na termíny / četnost

Osobní údaje uváděné do formuláře budou použity pro účely vykazování úkonů zdravotním pojišťovnám a zavedeny do evidence ÚZIS pro testování osob na onemocnění Covid-19. Neprodleně po těchto úkonech bude papírová podoba formuláře bezpečně skartována.

