

Dotazník pro zájemce o antigenní test na SARS-CoV 2

(vyplňte, prosím, čitelně hůlkovým písmem nebo na počítači)

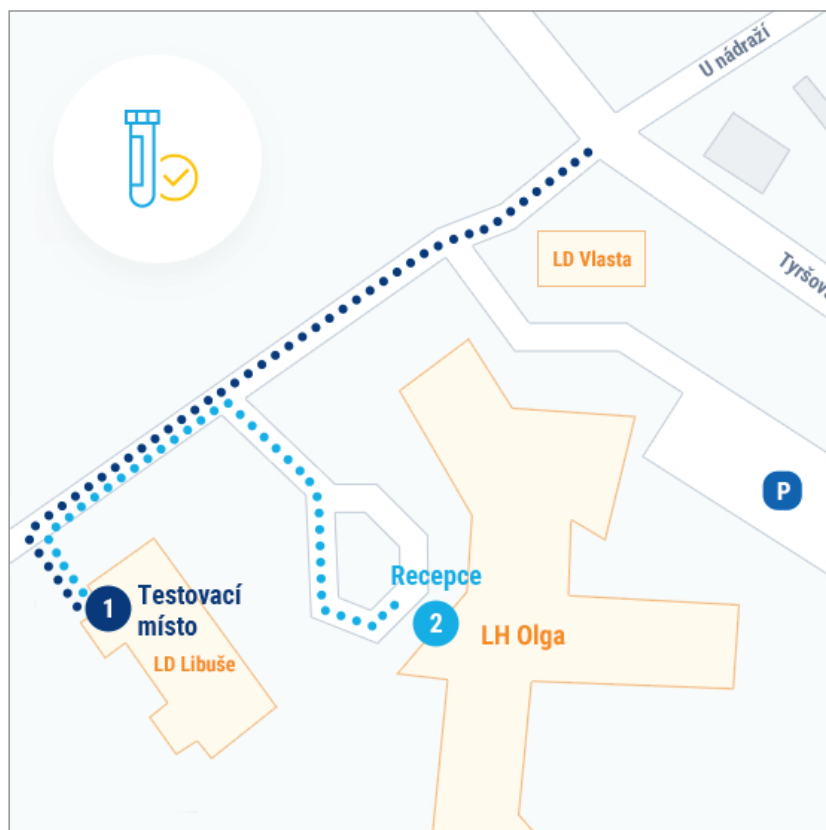
Příjmení Jméno


Rodné číslo Pojišťovna (kód)

Adresa + PSČ

Telefonní číslo

Dotazník prosím předejte personálu odběrového místa (viz. plánek níže) před vyšetřením.



 Vaše 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. 