



## **FORMULÁŘ PRO ZÁJEMCE O ANTIGENNÍ TEST**

### **NA COVID -19**

Příjmení: .....

Jméno: .....

Národnost: .....

Rodné číslo: .....

Pojišťovna: .....

Adresa: .....

Příznaky (nehodící se škrtněte):

ANO – jaké? .....

NE

Telefonní číslo: .....

Dotazník prosím předejte personálu odběrového místa před samotným vyšetřením.

Vaše osobní údaje uváděné do formuláře budou použity pro účely vykazování úkonů zdravotním pojišťovnám a zavedeny do evidence ÚZIS pro testování.