



Dotazník pro zájemce o antigenní test na Covid-19

Čas objednání:

odběr první

odběr kontrolní

Příjmení:

Jméno:

Národnost:

Rodné číslo/datum narození:

Pojišťovna (kód):

Adresa (+PSČ):

Příznaky: (jaké?)

Telefonní číslo: