

Číslo žádanky:		Pohlaví: M Ž	Certifikát: ANO NE	Datum a čas odběru:
Rodné číslo:		Datum narození:		Razítko a podpis lékaře:
Příjmení a jméno:				
Místo pobytu (obec, <u>PSČ</u> , ulice, číslo popisné):				
Místo narození:				
Telefonní (včetně zahraniční předvolby) + e-mailový kontakt na vyšetřovaného:				

SARS-CoV-2 (COVID-19) – PCR (nasofaryngeální stěr)

Upozornění: Bez řádně a čitelně vyplněného záhlaví žádanky nemohou být vzorky zpracovány!