

		Pohlaví: M Ž	Certifikát: ANO NE	Datum a čas odběru:
Rodné číslo:	Datum narození:			Číslo žádanky:
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)☐ Antigen viru SARS CoV-2 (nasofaryngeální stěr)**NESLOUŽÍ K VYSTAVENÍ CERTIFIKÁTU****Upozornění: Bez řádně vyplněného záhlaví žádanky nemohou být vzorky zpracovány!**