

Žiadanka na vyšetrenie COVID-19 – samoplatca

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodné číslo / ID pacienta** |  | | **Dátum narodenia** |  | * muž ☐ žena |
| **Priezvisko** |  | | | | |
| **Meno** |  | | | | |
| **Mobilné číslo** |  | | | | |
| **Email** |  | | | | |
| **Číslo pasu/OP** |  | | | | |
| **Zahraničný preklad** | **Anglický Nemecký** | | | | |
| **Dátum a čas odberu** | |  | | | |
| **Poisťovňa** | | **76** | | | |