

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** |