Část A

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení / Name and surname : |   |
| Datum narození / Date of birth: |   | Rodné číslo: |   |
| Telefonní kontakt / Telephone contact:  |   |
| E-mail: |   |
| Ulice č. p. / č. o. / street : |   |
| PSČ, město / Postcode, city: |  |  |
| Pojištovna: | [ ] **111 VZP** [ ] **201 VOZP** [ ] **205 ČPZP** [ ] **207 OZP** [ ] **209 ZPŠ** [ ] **211 ZPMV** [ ] **213 RBP** |

Test metodou:[ ]  PCR / [ ]  antigenní test

Platba: [ ]  hotově / [ ]  kartou / [ ]  e-žádanka

Symptomy:

|  |
| --- |
| [ ] kašel [ ] bolest svalů, kloubů, zimnice [ ] průjem, zvracení [ ] teplota …… °C [ ] žádné [ ] jiné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Vyslovuji SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ŮDAJŮ (podle čl. 6 odst. 1 písm. a) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 – Obecné nařízení k ochraně osobních údajů)

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Část B (pro antigenní test)

**Výsledek testu:** [ ]  **NEGATIVNÍ /** [ ]  **POZITIVNÍ**

|  |
| --- |
| Byl/a jsem seznámen/a s výsledkem antigenního testu[ ] v případě pozitivního výsledku mi byl předán informační materiál MZČR „Výsledek mého testu je POZITIVNÍ“datum podpis |