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 |