

FORMULÁŘ NA ANTIGENNÍ RYCHLOTTEST COVID-19

FORM FOR COVID-19 ANTIGEN TEST

Jméno (name): _____

Příjmení (surname): _____

Rodné číslo (insurance number): _____

Pojišťovna (insurance): _____

Adresa (address): _____

Telefon (phone): _____

Email : _____

Tímto podpisem souhlasím se zpracováním osobních údajů pro účel testování antigenního rychlotestu Covid-19 v Ordinaci PL Karlín.

Prohlašuji, že jsem v posledních 3 dnech neabsolvoval/a test na Covid-19. V posledních 3 měsících jsem neprodělal/a infekci Covid-19.

Současně dávám souhlas se zasláním výsledku mailem.

With this signature I give my consent to Ordinance Karlín to process my personal data for the purpose of testing for the Covid-19 antigen test.

I declare that I have not had a Covid-19 test in the last 3 days and have not had the Covid-19 infection in the last 3 months.

I also agree that the results will be sent to the email address given above.

V Praze, dne _____

Podpis: _____