

# FORMULÁŘ NA ANTIGENNÍ RYCHLOTTEST COVID-19

FORM FOR COVID-19 ANTIGEN TEST

Jméno (name): \_\_\_\_\_

Příjmení (surname): \_\_\_\_\_

Rodné číslo (date of birth): \_\_\_\_\_

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 5 dnech neabsolvoval/a test na 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 5 days.**

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

V Praze, dne \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_