

Žádanka COVID – 19 - VEŘEJNOST-samoplátce

Pojišťovna:		Pohlaví: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Datum a čas odběru:
Rodné číslo:		Datum narození:	Razítko a podpis lékaře:
Příjmení a jméno:	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. IČP: 86101958		
Místo pobytu (obec, <u>PSČ</u> , ulice, číslo popisné):			
Telefonní kontakt (vč. zahraniční předvolby):			
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) – Ag rychlotest			

Platba kartou přímo na odběrovém místě nebo hotově předem na pokladně Nemocnice ve Frýdku Místku, p.o.

Vyplněnou žádanku předložte při platbě.

K odběru se dostavte s žádankou a dokladem o zaplacení. Bez těchto dokladů nebude odběr proveden!

Daňový doklad bude vystaven na základě platby.

Kontaktní informace: tel: 558 415 399, e-mail: covid-test@nemfm.cz

Datum.....

Podpis.....

Upozornění: Řádně vyplněnou a podepsanou žádanku přineste s sebou!

Bez řádně a čitelně vyplněného záhlaví žádanky nemohou být vzorky zpracovány!