

## Formularz zgłoszenia na badanie w kierunku COVID-19

stwierdzającego obecność antygenów (Ag) / przeciwciał (IgG, IgM)

### Dane pacjenta:

Nazwisko i imię .....

Data Urodzenia ..... PESEL .....

Rodzaj i numer dokumentu .....

### Adres zamieszkania:

Miejscowość ..... Kod pocztowy .....

Ulica ..... Numer domu / mieszkania .....

Numer telefonu ..... e-mail .....

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne i niezbędne do przeprowadzenia badania na obecność antygenów (Ag) / przeciwciał (IgG, IgM).

.....  
Data i czytelny podpis

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania wyniku testu na obecność antygenów (Ag) / przeciwciał (IgG, IgM), albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Nazwisko i imię osoby upoważnionej\* .....

.....  
Czytelny podpis

\*w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”

Wyrażenie zgody na przesłanie wyniku testu na obecność antygenów (Ag) / przeciwciał (IgG, IgM) na podany powyżej adres e-mail i/lub SMS-em na numer telefonu.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\*\*

.....  
Czytelny podpis