

## DOTAZNÍK 2 testy ZDARMA / SAMOPLÁTCI QUESTIONNAIRE FOR SELF - PAYERS

Jméno / Name	
Příjmení / Surname	
Rodné číslo / Personal ID	
Adresa trvalého pobytu Permanent address	
E-mail / E-mail adress	
Telefon / Phone number	
Chci vystavit certifikát Issue a certificate	ANO/YES      NE/NO
Místo narození / Place of birth	
Zdravotní pojišťovna Insurance company	
Číslo cestovního dokladu Passport number	

*Prosíme o čitelné vyplnění údajů. Jsou nezbytné pro správné zaslání výsledků i certifikátu o vyšetření.*

*Please fill out legibly. It is necessary for the correct sending of the results and certificate.*