

VZOR

Certifikát/ Medical Certificate



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Meno / First name:

Priezvisko / Surname:

Dátum narodenia / Date of Birth:

osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť / person`s who receives healthcare

Vykonaný dňa / date:

...../...../2020/

Výsledok / Result:

*pozit / positive

*negatívny / negative

* nehodiace sa preškrtnite

COVID-19, typ - STANDARD™ Q COVID- Ag Test

