

0915 963 521

Žiadanka na vyšetrenie COVID-19 – samoplatca

Rodné číslo / ID pacienta		Dátum narodenia		<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Priezvisko				
Meno				
Mobilné číslo		Email		
Bydlisko				
Spôsob platby		Dátum a čas odberu		