

Souhlas se zpracováním osobních údajů k vyšetření Covid -19

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Adresa včetně PSČ:

Email:

Telefon:

Typ vyšetření:

- PCR test (samoplátce)
- Antigenní test (samoplátce)
- Antigenní test (pojišťovna)

Způsob předání výsledku:

- e-mailem (přes zabezpečenou aplikaci)
- osobně (proti podpisu).....pouze na pracovišti Zlín (Třída T.Bati 3910)

S pozitivními nálezy nakládáme v souladu s mimořádným opatřením MZČR.

Zpracování osobních dat podléhá směrnicím GDPR a nebudou poskytnuta třetí osobě!!!!

Certifikát:

- Ano
- Ne

Celková částka k úhradě:

Způsob platby:

- Hotovost
- Karta