

.....
(pieczęta jednostki organizacyjnej)

.....
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE
NA TEST DIAGNOSTYCZNY
wykrywający antygen SARS-CoV-2**

Dane pracownika kierowanego na test diagnostyczny:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
JEDNOSTKA PŁ	
STANOWISKO	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

Obowiązują zapisy:
e-mail: covid@cdtl.pl
tel. 724 770 870

.....
(pieczęta i podpis osoby wystawiającej skierowanie)

**Centrum Diagnostyki i Terapii Laserowej FPL,
90-924 Łódź, ul. Wólczańska 215, budynek B12**

DATA:

WYNIK TESTU: