



**SKIEROWANIE NA BADANIE OZNACZANIA ANTYGENU  
KORONAWIRUSA SARS-CoV2  
REFERRAL FOR SARS-CoV2 ANTIGEN TEST**

**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem  
ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane**

.....  
imię i nazwisko/ first name, last name

**pleć/sex: kobieta/female mężczyzna/male**

.....  
data urodzenia/date of birth

.....  
PESEL/numer paszportu/dowodu osobistego/ID number/passport number

.....  
adres/address (miejscowość, ulica/city, street)

**Dane kontaktowe/contact details:**

.....  
numer telefonu/phone number

.....  
adres mailowy/e-mail address

**Wynik w języku/language of result: polskim/polish, angielskim/english**

Dane osoby pobierającej materiał: .....

Data i godzina pobrania materiału: .....

Data i godzina przyjęcia materiału do badania: .....