



Hauptplatz 4
8010 Graz
Tel.:0316/830 342

Anmeldeformular zum Covid 19 Antigen-Schnelltest

Vorname:

Nachname:

Adresse:

Mobilnummer:

E-Mail:

Vers.nummer und

Geb.datum:

Krankenkasse:

Ich willige hiermit ein, dass meine Daten nur für den Covid 19 Antigen-Schnelltest, durchgeführt von der Adler Apotheke, verwendet werden dürfen.

Ich willige hiermit ein, dass meine Daten nur für den Covid 19 PCR-Test, durchgeführt von der Adler Apotheke, verwendet werden dürfen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben, sowie die bei mir durchgeführte Testung.

Datum

Unterschrift

Wie haben Sie über den COVID 19 Antigen-Schnelltest in der Adler Apotheke erfahren?

Social Media

Newsletter

In der Adler Apotheke

Empfehlung

Andere: