

Date :

Heure du prélèvement : Envoyé dans Cofast**Centre de dépistage covid-19**Merci d'écrire votre e-mail en **MAJUSCULE**.**Nous déclinons toute responsabilité en cas de non réception du rendu de résultat** Monsieur MadameActe : Antigénique PCR Paiement à l'entrée Envoi à l'assurance

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Rue :

Code postal (NPA) :

Localité :

Numéro CADA assurance (n° à 20 chiffres de la carte d'assurance) :

Raison du dépistage Symptômes Sur demande du médecin cantonal Certificat / Voyage / Contrôle

Episode de COVID documenté antérieurement :

 Oui → Date épisode COVID : _____ NonVaccination : 1^{ère} dose : ____ . ____ . ____2^{ème} dose : ____ . ____ . ____**Application COVID CERTIFICATE recommandée :**

Code de transfert à 9 caractères :