



RT-PCR SARS-CoV-2 SANS PRESCRIPTION

ARRETE DU 24 JUILLET 2020

NOM _____

NOM DE NAISSANCE _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____/____/____

Mai _____

N° DE SS _____

CENTRE DE SECU (CPAM, MSA, MGEN, MCV PAP, SNCF + DEPARTEMENT) _____

ADRESSE _____

MEDECIN TRAITANT OU A CONTACTER _____

Tel portable : _____