

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do Kontakt.....

Adres e-mail

1. Czy od czasu ostatniej wizyty mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak
- Nie

1. Czy występuje u Państwa któryś z poniższych objawów?

- Tak
- Nie

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Poz.	Data	Czytelny podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		