

Centre Médical des Diablerets

Fiche d'enregistrement – Test antigénique rapide

Registration file for rapid antigen test

Date(s) du (des) test(s) : _____

Date(s) of test(s)

NOM : _____
Last name(s)

PRENOM : _____
First name(s)

DATE DE NAISSANCE : _____
Date of birth

ADRESSE : _____ NPA _____ VILLE _____
Address ZIP code City

EMAIL : _____
Email address

N° TELEPHONE MOBILE : _____
Mobile phone number

ASSURANCE : _____
Health insurance

N° : 807560 _____
Swiss health insurance number; if not applicable, add number of foreign health insurance

N° AVS : 756. _____
Swiss social insurance number; if not applicable, add number of foreign social insurance
