Testi tegemise koht **Paide Vee Tänava Apteek** tegevusluba nr113

jatõendi andja: OÜ Paide Vee Tänava Apteek, Vee tn 3 Paide, Järvamaa

 tel 38 50470

Tõendi saaja: ………………………………………………………………………

 (inimese nimi, isikukood)

Testi tegemise aeg: ………………………………….. Tõend kehtib sellest 48 tundi.

 (kuupäev, kellaaeg)

Tehtud test: SARS-CoV-2 antigeen-RTD test

 …………………………………………………………….………..

 (Preparaadi nimi, partii number)

Testi tulemus: **NEGATIIVNE / POSITIIVNE**

Testi tegi ja tõendi väljastas: ………………………………………………………

 (proviisori/farmatseudi kood, nimi, allkiri)

Testi tegemise koht **Paide Vee Tänava Apteek** tegevusluba nr113

jatõendi andja: OÜ Paide Vee Tänava Apteek, Vee tn 3 Paide, Järvamaa

 tel 38 50470

Tõendi saaja: ………………………………………………………………………

 (inimese nimi, isikukood)

Testi tegemise aeg: ………………………………….. Tõend kehtib sellest 48 tundi.

 (kuupäev, kellaaeg)

Tehtud test: SARS-CoV-2 antigeen-RTD test

 …………………………………………………………….………..

 (Preparaadi nimi, partii number)

Testi tulemus: **NEGATIIVNE / POSITIIVNE**

Testi tegi ja tõendi väljastas: ………………………………………………………

 (proviisori/farmatseudi kood, nimi, allkiri)