SYNLAB

Covid-19 RICHIESTA TAMPONE/ Covid-19 TEST REQUEST

Per la richiesta di effettuazione tamponi PCR si richiede di compilare la scheda sottostante e rispedirla a FRANCESCA.GUASTI@SYNLAB.IT; ELEONORA.FIORE@SYNLAB.IT – ENTRO E NON OLTRE il 18/06/2021
To request PCR, please fill in the form below and return it to FRANCESCA.GUASTI@SYNLAB.IT; ELEONORA.FIORE@SYNLAB.IT – BY AND NO LATER THAN 18/06/2021.

NB: Il referto dei test verrà fornito in lingua italiana e inglese. The medical report will be both in Italian and English.
Il pagamento sarà richiesto a 30 giorni f.m. Payment will be required in 30 days (by the end of the month)

Solo nei casi in cui il pagamento sia a carico della società:
Only in case the payment is made by the company:

Azienda/ Company/Team name	
Via/Address	
Città/City	
Paese/Country	
IVA/VAT n.	
Covid manager/Team Doctor mail	
Codice univoco (solo per Italia)	

Indicare nella tabella dati di chi esegue il tampone;
Fill in the form with the information of the people getting the test;

Cognome	Nome	Data di Nascita	CodiceFiscale	Sesso	Indirizzo	Cap	CodiceComune	Citta	Provincia	Telefono1	Telefono2	Email