

EQUA264B



Fiche d'enregistrement CAREB Centre de dépistage Covid-19

Heure du RDV :

Afin d'accélérer votre prise en charge, merci de remplir cette fiche

NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
SEXE	HOMME <input type="checkbox"/>	FEMME <input type="checkbox"/>
Personnel du CHU	Matricule N° :	UF service :
ADRESSE POSTALE		
TELEPHONE IMPERATIF POUR OBTENIR VOS RESULTATS		
EMAIL		