

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O VÝSLEDKU TESTU PCR
NA PRŮKAZ SARS-CoV-2**

K DOLOŽENÍ PŘI PŘEKROČENÍ HRANIC ČESKÉ REPUBLIKY

**MEDICAL CERTIFICATE
ON SARS-CoV-2 PCR TESTING RESULTS**

**TO BE SUBMITTED WHEN CROSSING
THE CZECH REPUBLIC BORDERS**

POTVRZUJI, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT

Příjmení / Surname

Jméno / Name

Datum narození / Date of Birth

Místo narození / Place of Birth

**BYL/BYLA TESTOVÁN/TESTOVÁNA NA PCR PRŮKAZ SARS-CoV-2 dne / WAS TESTED
FOR SARS-CoV-2 ON (DATE)**

*** VÝSLEDEK PCR TESTU NA SARS-CoV-2: / SARS-CoV-2 PCR TESTING RESULTS:**

POZITIVNÍ / POSITIVE

NEGATIVNÍ / NEGATIVE

V / In **dne / date**

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře:

Signature and stamp of a certifying physician:

Vysvětlivky: / Explanatory note

*** Odpověď vyznačte křížkem v příslušném obdélníku / Mark the answer with a cross in the
appropriate rectangle**