**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