

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PCR voyage / PCR for travel Données personnelles / Personal data | | | |
|  | | | |
| Date de départ  Departure date | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| N° Carte identité ou passeport  Pass or ID number | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Numéro AVS  AVS number | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| N° carte assurance-maladie  health insurance card number | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Nom  Family name | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Prénom  First name | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Date de naissance  Date of birth | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Sexe  Gender | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Adresse : Rue  Adress : Street | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| NPA + Ville  Post code + City | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Téléphone  Phone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
| Code de transfert  Transfert code | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | (XXX-XXX-XXX) |
| Courriel\*  Email\* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
|  | \*adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre attestation  \*address at which you wish to receive your certificate | |  |
| J’atteste que les informations remplies ci-dessus sont complètes et correctes. J’ai pris connaissance que si les informations fournies ci-dessus sont erronées ou incomplètes, je ne pourrais pas bénéficier du rabais et je n’ai pas de garantie de recevoir mon attestation dans les 24 heures.  I confirm that the information completed above is complete and correct. I am aware that if the information provided above is incorrect or incomplete, I will not be able to receive any discount, neither I’ll have any guarantee to receive my certificate within 24 hours. | | | |
| **Lieu, date et signature**  **Place, date and signature** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  |
|  |  | |  |
| Communication au laboratoire Ne rien écrire  Heure du prélèvement : | Visa assistante : | |  |
|  | |  | |
| Groupe médical La Tour Route de l’Intyamon 113 1635 La Tour-de-Trême | | Tél : 026 919 33 00 **www.cm-latour.ch** | |