

## SOLICITUD TEST DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS SARS CoV-2

|       |  |
|-------|--|
| Fecha |  |
|-------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| Club              |  |
| Responsable/Cargo |  |

|  |
|--|
| Persona o entidad que realiza el test: |
|--|

Indicar equipos para los que solicita, y número de test:

| Categoría | Unidades |
|-----------|----------|
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |
|           |          |

Fdo. EL REPRESENTANTE DEL CLUB

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.