

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.