**Antragsformular für private Covid-19 Testpoints**

1. Angaben zur Einrichtung

|  |  |
| --- | --- |
| Name Betrieb |   |
| Fachverantwortliche Person (fvP) |   |
| Berufsausübungsbewilligung oder 90-Tage-Dienstleistung Kt. Luzern (Datum) |   |
|    |
| Ansprechperson |   |
| Adresse  | Strasse:PLZ / Ort: |
| E-Mail Adresse |   |
| Website |   |
| ZSR-Nummer |   |
| Telefonnummer |   |

1. Standort(e) Testcenter

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Strasse: PLZ / Ort:  |
| Tel. Standort |   |
| Tel. Kontaktperson |   |
| E-Mail |   |
| Öffnungszeiten |   |
| Testangebot (Testarten) |   |
| Kapazität pro Woche Ag-Schnelltest |   |
| Kapazität pro Woche PCR |   |
| Veranstalter (wenn zutreffend) |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum | Unterschrift fvP |
|   |   |
| Ort / Datum | Unterschrift unterschriftsberechtigte Person Betreiberfirma |
|   |   |

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an: testen@lu.ch