**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