

Test sierologici anticorpali



Per gli anticorpi **IgG Covid-19** in tutti i punti prelievo della Lombardia.

COME ADERIRE ALL'INIZIATIVA:

Compilare in ogni sua parte il modulo allegato inviandolo a: **info@agoal.it** con la copia dell'eseguito bonifico per l'importo totale del numero dei test richiesti.

Sarà cura di AGOAL inviare all'associato lettera di richiesta prestazione da esibire al momento della presentazione in uno dei laboratori scelti per l'effettuazione dell'esame.

E' possibile prenotare l'accesso al servizio tramite il link:

<https://syncoda.synlab.it/booking>

selezionando il punto prelievo di interesse ed il servizio "PRELIEVO (E/O TEST SIEROLOGICO COVID)".

In caso di positività al test sierologico eseguito presso i nostri centri, sarà possibile prenotare il tampone (test molecolare in PCR) da eseguire nei punti prelievo dedicati. Modalità di accesso disponibili cliccando questo link: **<https://www.synlab.it/ricerca-e-trial/pubblicazioni/tamponi-covid.html>**

ATTENZIONE: Per tutti i soggetti che si sottopongono al tampone a seguito di test sierologico con esito positivo eseguito presso una sede SYNLAB, il tampone sarà erogato con costi interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, come previsto dalla DGR 3326 del 30 giugno 2020. Il paziente dovrà presentarsi al punto prelievo con la copia del referto SYNLAB del test sierologico con esito positivo.

IL PREZZO DI 25 € È COMPRESIVO DEL CONTRIBUTO AGOAL ed è riservato ai soli associati regolarmente iscritti.

(iniziativa valida fino ad esaurimento fondi disponibili)

MODULO DI PRENOTAZIONE

TEST SIEROLOGICO PER ANTICORPI IGG COVID-19

INVIARE IL MODULO DI PRENOTAZIONE COMPILATO CON ALLEGATA COPIA DI ESEGUITO BONIFICO A:

info@agoal.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario a: AGOAL

CODICE IBAN: IT87 Y030 6909 6061 0000 0119 522

CAUSALE: "TEST SIEROLOGICO"

TEST SIEROLOGICO IGG COVID-19

Il sottoscritto _____ numero tessera Agoal _____

e-mail _____ Telefono _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residenza: Via _____ n. ____ Città _____ Prov _____

In nome e per conto proprio, oltre che in nome e per conto delle persone di seguito elencate:

NOME E COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SOCIO AGOAL

Numero di Test sierologici _____ a € 25,00 cadauno

TOTALE € _____

Data _____

Firma _____