**MEDICAL CERTIFICATE ON COVID - 19 PCR NEGATIVE TESTING RESULTS
TO BE SUBMITTED WHEN CROSSING THE HELLENIC REPUBLIC BORDER**

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O VÝSLEDKU NEGATIVNÍHO TESTU PCR na COVID -19

K DOLOŽENÍ PŘI PŘEKROČENÍ HRANICE HELÉNSKÉ REPUBLIKY

**THIS IS TO CERTIFY THAT /** POTVRZUJI, ŽE

**Surname/**Příjmení  **………………………………………………………………………………………………………..….**

**Name /**Jméno  **……………………………………………………………………………………………….……….….**

**Date of birth /**Datum narození **…………………………………………………………………………………………..….**

**Number of Passport or ID/**Číslo cestovního dokladu **…………………………………………………………….**

**WAS TESTED FOR COVID-19 on date/**BYL/-A TESTOVÁN/-A NA PCR COVID-19 dne **...……/...…../2020**

**THE RESULT OF THE TEST IS NEGATIVE /**VÝSLEDEK TESTU JE NEGATIVNÍ**.**

**In/**V ….**……………………………………………………… date/**dne **…………………………………………………………………..**

**Signature and stamp of a certifying doctor:**

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře: