

**Formulaire demande de tests rapide COVID-19**

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION |
| Nom de l’établissement :  |  |
| Adresse de livraison : |  |
| # Téléphone contact |  |
| Personne-ressource : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Articles | QuantitéEn boîtes | Commentaires |
| Boîte de tests (5 unités par boîte) – 1 Boîte par enfant |  |  |

SVP faire suivre ce formulaire à l’adresse suivante :

Approvisionnement.cissslan@ssss.gouv.qc.ca