

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Articles | Quantité En 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](mailto:Approvisionnement.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)