

SOUHLAS S OŠETŘENÍM NEZLETILÉHO BEZ PŘÍTOMNOSTI ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Já, níže podepsaný/á (otec/matka)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bytem:	
Telefon:	
Email:	

jako zákonný zástupce (otec/matka)

svého dítěte

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	
Pojišťovna:	
Bytem:	

vyjadřuji tímto souhlas s odborným lékařským ošetřením své/ho dcery/syna ve znění §35 zákona č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách v platném znění.

Datum podpisu

Jako zákonný zástupce dítěte souhlasím s ošetřením, což stvrzuji svým podpisem.

Podpis zákonného zástupce (otec/matka)