# INFORMOVANÝ SOUHLAS

Tímto prohlašuji, že souhlasím s odběrem PCR vzorku provedeného ze slin a hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, a to bez přítomnosti zákonného zástupce / zmocněnce.

Souhlas platí za předpokladu, že odběr provádí registrované zdravotnické zařízení k tomu určené.

Souhlas uděluji pro odběr nezletilého:

Jméno:

Příjmení:

Číslo pojištěnce / rodné číslo:

Výsledek testu nezletilého požaduji zaslat na:

Telefon (povinný údaj):

Email (povinný údaj):

Souhlas udělil zákonný zástupce / zmocněnec:

Jméno:

Příjmení:

V: ………………………………………………………. Dne: ……………………………………………………

Podpis: ……………………………………………….