







SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE







GHC GENETICS





Já níže podepsaný:

 jméno a příjmení	
 datum narození	rodné číslo
 adresa	tel.
 email	pojišťovna

Já níže podepsaný:

 jméno a příjmení	
 datum narození	rodné číslo
 adresa	tel.
 email	pojišťovna

Tímto, jako zákonný zástupce nezletilého

 jméno a příjmení	
 datum narození	rodné číslo
 adresa	tel.
 email	pojišťovna

vyslovuji tímto souhlas, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba, spočívající v provedení testu na onemocnění COVID-19, a to metodou TCI/PCR, jež slouží k prokázání přítomnosti koronaviru v organizmu, a to ze strany poskytovatele zdravotních služeb GHC GENETICS, s.r.o., IČ: 281 88 535., Česká republika. Zároveň vyslovuji souhlas, aby výsledek testu byl sdělen přímo nezletilému.

v Praze dne

Podpis zákonného zástupce
Jméno a příjmení

Podpis zákonného zástupce
Jméno a příjmení

Postačuje podpis pouze jednoho zákonného zástupce, není-li možné získat podpis všech zákonných zástupců

