

Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:

V době konání, tj. od do
souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syny/ mé nezletilé dcery:

Jméno:

Datum narození:

ve smyslu ustanovení 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) zdravotníkovi zotavovací akce.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

V dne

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

.....
Příjmení, jméno

.....
Příjmení, jméno

.....
Podpis

.....
Podpis



Adresa:
Na Balkáně 2866/17a
130 00 Praha 3

www.ulita.cz
info@ulita.cz

Tel:
222 990 330
606 611 920

Fax:
910 256 038

IČ:
45241848

Bankovní spojení:
FIO banka, a.s. | Praha 1 | Rybná 14
Číslo účtu:
2000183838 / 2010