



PRŮKAZ POJIŠTĚNCE

**Na toto místo nalepte kopii
PRŮKAZU POJIŠTĚNCE
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY**

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S OŠETŘENÍM NEZLETILÉ OSOBY

Jméno a příjmení nezletilé osoby: _____

Bydliště: _____

Datum narození : _____ zdravotní pojišťovna: _____

- v souladu s ustanovením §35 zákona 372/2011 Sb. V platném znění o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jako zákonní zástupci nezletilé osoby **souhlasíme s poskytnutím zdravotnických služeb**, které jdou nad rámec § 38, odst. 1, písm. c) a odst. 4, písm. b), tedy poskytnutí nezbytné péče k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, poskytnutí neodkladné péče první pomoci, nezbytně nutná hospitalizace se související zdravotní péčí apod.
- tento souhlas je uložen u zdravotníka letního tábora a je platný po dobu trvání tábora
- současně jako zákonní zástupci výše uvedené nezletilé osoby požadujeme bezodkladnou informaci v případě jakéhokoliv použití tohoto souhlasu na níže uvedené kontakty.

Název akce: **letní tábor pro děti a mládež – KORYČANY 2020**

Termín konání: _____