

# Souhlas zákonného zástupce

Já níže podepsaný:

Jméno,  
příjmení:

Narozen:

Bytem:

E-mail:

Tel.:

Já níže podepsaný:

Jméno,  
příjmení:

Narozen:

Bytem:

E-mail:

Tel.:

Tímto, jako zákonný zástupce nezletilého

Jméno,  
příjmení:

Narozen:

Bytem:

E-mail:

Tel.:

vyslovuji tímto souhlas, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba, spočívající v provedení testu neinvazivním odběrem na onemocnění COVID-19, a to metodou PCR, jež slouží k prokázání přítomnosti koronaviru v organismu, a to ze strany Bioinova s.r.o., IČ 28452682, Vídeňská 1083, 142 00 Praha 4 Česká republika.

V:

Dne:

Vlastnoruční podpis:

Zákonný zástupce

Zákonný zástupce

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