

Vec

Podanie týkajúce sa zdravotnej / lekárenskej* starostlivosti

I. Podávateľ

Meno a priezvisko	<input type="text"/>
Dátum narodenia	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska	<input type="text"/>
Kontakt (telefón, email)	<input type="text"/>

II. Osoba, ktorej sa podanie týka (napr. pacient), vyplňa sa ak nie je totožná s osobou v bode I.

Meno a priezvisko	<input type="text"/>
Dátum narodenia	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska	<input type="text"/>
Kontakt (telefón, email)	<input type="text"/>
Vzťah k osobe v bode I.	<input type="text"/>

III. Osoba, na ktorú sa podanie podáva (napr. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Názov / Meno a priezvisko	<input type="text"/>
Adresa sídla	<input type="text"/>

IV. Predmet podania (stručný popis udalostí, ktoré je potrebné preveriť, s uvedením dátumov)

V. Prehlásenie:

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť vyplnených údajov a zároveň súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tomto formulári a ďalších údajov v rozsahu potrebnom pre účely vybavenia môjho podnetu podľa platných právnych predpisov a to do riadneho ukončenia šetrenia môjho podania.

V, dňa

.....
podpis podávateľa