

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

s provedením PCR testu na onemocnění virem COVID-19

Já níže podepsaný/á

Jméno a příjmení: _____

Narozen/a: _____

Trvale bytem: _____

E-mail: _____

Tel.: _____

tímto jako zákonný zástupce nezletilé/ho

Jméno a příjmení: _____

Narozen/a: _____

Trvale bytem: _____

RČ: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

prohlašuji, že souhlasím s tím, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba, spočívající v provedení testu na onemocnění virem COVID-19, a to metodou TCI/PCR, jež slouží k prokázání přítomnosti viru SARS-Cov-2 v organismu, a to ze strany registrovaného poskytovatele zdravotních služeb společnosti NutriMed Lab s.r.o., IČ 097 49 438, se sídlem Praha 1, Nové Město, Václavské náměstí 793/16, PSČ 110 00, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 340886.

V souvislosti s touto agendou bude docházet ke zpracování výše uvedených osobních údajů, ke kterému bude docházet na základě článku 6 odst. 1 písm. c) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR, jelikož zpracování výše uvedených osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti.

V této souvislosti dále prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování osobních údajů.

Dále prohlašuji, že souhlasím s tím, aby výsledek shora specifikovaného testu byl sdělen přímo nezletilému a řediteli GJP:

Beru na vědomí, že v případě pozitivního nálezu testu, mám jako zákonný zástupce nezletilé/ho povinnost jej/ji neprodleně z výuky převzít. Veškerá zde uvedená prohlášení tímto stvrzuji svým podpisem.

V _____ dne _____

vlastnoruční podpis