

 **Souhlas s nahlížením a pořizováním kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace**

Tímto uděluji zaměstnancům Odboru právního Ministerstva zdravotnictví a v případě ustavení nezávislé odborné komise jejím členům (tj. členům nezávislé odborné komise) souhlas s nahlížením a pořizováním kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytném pro projednání a vyřízení nároku uplatněného podle zákona č. 116/2020 Sb., o náhradě újmy způsobené povinným očkováním.

jméno..............................................................................................................................

příjmení..........................................................................................................................

datum narození...............................................................................................................

adresa.............................................................................................................................

Zákonný zástupce/opatrovník

jméno..............................................................................................................................

příjmení..........................................................................................................................

datum narození...............................................................................................................

adresa.............................................................................................................................

 Dne:............................................. Podpis............................................