**Udělení souhlasu poskytovatele zdravotních služeb s umístěním jeho internetových stránek na stránky Ministerstva zdravotnictví**

Poskytovatel zdravotních služeb:

Sídlo:

IČO:

Zastoupen:

Uděluji tímto souhlas Ministerstvu zdravotnictví se sídlem Palackého náměstí 375/4, 128 00, Praha 2, IČO 00024341 s umístěným odkazu našich internetových stránek odkazujících na program dobrovolnictví (konkrétně) na internetové stránky Ministerstva zdravotnictví v záložce „[Dobrovolník ve zdravotnictví](https://www.mzcr.cz/category/programy-a-strategie/dobrovolnik-ve-zdravotnictvi/)“ za účelem přispění lepší informovanosti o dobrovolnictví ve zdravotnictví v České republice.

V…………………………………. dne……………

Elektronický podpis poskytovatele zdravotních služeb