

POTVRZENÍ MEDIKACE

Jméno, příjmení uživatele		Datum narození	Rodné číslo	Pojišťovna
lék	dávkování	od kdy	podpis zákonného zástupce/opatrovníka/zástupce	

*Poučení: Byl/a jsem poučen/a o účelu zpracování svých osobních údajů a seznámen/a s konkrétními podmínkami, jimiž se zpracování řídí. Detailní informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na webové adrese www.csp-uo.cz.
Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé.*

V Podpis zák. zástupce, opatrovníka

podpis a razítko praktického lékaře