

**Souhlas zákonného zástupce s provedením odběru nezletilého  
(ve věku od 15 let) bez doprovodu rodičů / zákonných zástupců**

Jméno rodiče (zákonného zástupce) .....

Jméno nezletilého .....

Číslo pojištěnce (RČ) .....

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby můj syn / dcera mohl / a navštívit zdravotnické zařízení bez mého doprovodu za účelem provedení odběru vzorku pro laboratorní vyšetření.

Datum .....

Podpis rodiče (zákonného zástupce) .....