



Vec

**Podanie týkajúce sa zdravotnej / lekárenskej\* starostlivosti**

**I. Podávateľ**

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Adresa trvalého bydliska

Kontakt (telefón, email)

**II. Osoba, ktorej sa podanie týka** (napr. pacient), vyplní sa ak nie je totožná s osobou v bode I.

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Adresa trvalého bydliska

Kontakt (telefón, email)

Vzťah k osobe v bode I.

**III. Osoba, na ktorú sa podanie podáva** (napr. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Názov / Meno a priezvisko

Adresa sídla

**IV. Predmet podania** (stručný popis udalostí, ktoré je potrebné preveriť, s uvedením dátumov)

**V. Prehlásenie:**

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť vyplnených údajov a zároveň súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tomto formulári a ďalších údajov v rozsahu potrebnom pre účely vybavenia môjho podnetu podľa platných právnych predpisov a to do riadneho ukončenia šetrenia môjho podania.

V ....., dňa .....

.....  
podpis podávateľa