



tel.: 565 355 111  
fax: 565 324 645  
e-mail: [hospital@hospital-pe.cz](mailto:hospital@hospital-pe.cz)  
web: [www.hospital-pe.cz](http://www.hospital-pe.cz)

**Poskytovatel:**

**Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace**  
Slovanského bratrství 710, 393 01 Pelhřimov  
IČO: 00511951

**Nezletilý pacient:**

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

**Zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Narozený(á): .....

Bydliště (vyplňte pouze, liší-li se od bydliště nezletilého):  
.....

Jméno a příjmení: .....

Narozený(á): .....

Bydliště (vyplňte pouze, liší-li se od bydliště nezletilého):  
.....

**Prohlášení zákonného zástupce**

Souhlasím, aby byly shora uvedenému nezletilému s jeho souhlasem poskytované zdravotní služby registrujícím poskytovatelem bez zjišťování souhlasu zákonného zástupce ve smyslu § 35 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění.

Tento souhlas platí do odvolání.

V ..... dne .....

.....  
zákonný zástupce

.....  
zákonný zástupce