

Čestné prohlášení osoby blízké

Já níže podepsaný/á

Jméno a příjmení:

Narozen/a dne:

Číslo občanského průkazu/ pasu:

Bydliště:

Telefon:

Email:

Vztah k pacientovi/ce:

(uveďte některou z těchto skutečností: rodič, dítě, prarodič, vnuk, sourozenec, manžel, partner, jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké)

Čestně prohlašuji, že jsem osobou blízkou pacienta/ky Městské nemocnice a.s.,
Dvůr Králové nad Labem

Jméno a příjmení:

Narozen/a dne:

Rodné číslo:

Bydliště:

V dne:.....

Podpis osoby blízké

(v případě zaslání poštou úředně ověřený)