



ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PACIENTA / DOPROVODU PACIENTA

Centrum dětské oftalmologie BINOCULAR, Litomyšl

Já níže podepsaný/á

jméno a příjmení:

adresa:

číslo občanského průkazu, příp. cestovního dokladu:

Uvádím následující důvod k opuštění místa trvalého pobytu nebo bydliště¹) v souladu s usnesením vlády České republiky č. 216 ze dne 26. února 2021: **zdravotní péče (lékařské ambulaní vyšetření a/nebo ošetření)**. Uvádím, že cestuji do místa: **Centrum dětské oftalmologie, BINOCULAR s.r.o., Smetanovo nám 67, Litomyšl** (tel: 461.612.727, e-mail: recepce@binocular.cz)

Uvádím, že cestuji: jako pacient

jako nezbytný doprovod nezletilého pacienta:

jméno:

datum narození:

Podepsáno: den

hodina

podpis

¹ Pokud bylo místo trvalého pobytu nebo bydliště opuštěno před vyhlášením příslušného krizového opatření, uvede se jen místo aktuálního pobytu.