**Čestné prohlášení osoby blízké**

Jméno a příjmení: .........................................................................................................................

Datum narození: ...........................................................................................................................

Číslo občanského průkazu (u cizinců cestovního pasu): ..............................................................

Bydliště: .......................................................................................................................................

Telefon: ................................................. E-mail: .........................................................................

Vztah k pacientovi/pacientce: ......................................................................................................

Prohlašuji, že jsem v souladu s ustanovením § 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, osobou blízkou níže uvedené osoby:

Jméno a příjmení: .........................................................................................................................

Datum narození/rodné číslo: ........................................................................................................

Bydliště: .......................................................................................................................................

Čestné prohlášení uděluji v souladu s ustanovením § 93 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědom/a veškerých důsledků, včetně důsledků trestněprávních, pokud by údaje uvedené
v tomto čestném prohlášení byly nepravdivé, zavádějící nebo neúplné.

Dne: ................................................. Podpis: .......................................................