

# IDENTIFIKACE A OVĚŘENÍ TOTOŽNOSTI

## Identifikační údaje

<b>Jméno a příjmení ověřované osoby:</b>	
<b>Rodné číslo:</b>	<b>Státní příslušnost:</b>
<b>Místo narození (město, stát):</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Místo trvalého pobytu:</b>	

*Identifikace probíhá na základě požadavku Ukladatele. Identifikace je požadována za účelem splnění zákonných povinností vyplývajících ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).*

**Pověřený zaměstnanec Ukladatele potvrzuje, že ověřil identifikační údaje výše uvedené osoby za její fyzické přítomnosti podle průkazu totožnosti a že fotografie v průkazu totožnosti odpovídá její podobě.**

Jméno a příjmení pověřeného zaměstnance Ukladatele, který provedl identifikaci:

Místo provedení identifikace:

Podpis toho, kdo identifikaci provedl:

### **Prohlášení ověřované osoby:**

Prohlašuji, že jsem zažádal o tuto identifikaci za účelem splnění povinností pro poskytnutí kopie zdravotní dokumentace. Potvrzuji shora uvedené údaje o identifikaci jako správné a prohlašuji, že nemám výhrady k provedené identifikaci.

Listina sepsána v ..... dne .....

Podpis ověřované osoby .....