pasted-image.tiff

**ZDRAVOTNICKÝ DOTAZNÍK**

Pro účely POC antigenního testování

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo/číslo pojištěnce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Národnost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště/místo trvalého pobytu v ČR:

Ulice a č.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Město \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PSČ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů, které má poskytovatel povinnost zpracovávat dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Osobní údaje budou poskytovatelem uchovány po dobu 3 let od doby jejich pořízení. Tato lhůta je nezbytná z důvodu nutnosti prokázání plnění uložených povinností vůči orgánům ochrany veřejného zdraví, které jsou nadány kontrolou plnění uloženého opatření poskytovatelem (správcem údajů).

Vyplnění všech výše uvedených údajů je povinné a je podmínkou provedení bezplatného testování.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem účastníkem veřejného zdravotního pojištění, a že uvedené údaje jsou pravdivé a totožné s údaji uvedenými na průkazu totožnosti/trvalého pobytu a kartičce zdravotní pojišťovny.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis*