

SOUHLAS S OBSAHEM A PROŠETŘENÍM STÍŽNOSTI

Já, _____

bytem _____

kontakt (tel., email) _____

souhlasím s obsahem a prošetřením stížnosti dle zákona o zdravotních službách,

kterou podal/a _____

můj/moje _____

Stížnost mohu doplnit o další rozhodné skutečnosti:

V _____ dne _____

_____ podpis*

**podpis nemusí být úředně ověřen*