

[Zadajte text]

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na účely konania vo veci
poskytovania prepravnej služby**

Meno a priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	r.č.:
Adresa trvalého pobytu:	tel.č.

Podľa § 42 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov týmto potvrdzujeme, že menovaný/á

má / nemá *

nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

* Potvrdenie vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných pracovníkoch, stavovských organizácií v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

.....

podpis a pečiatka lekára

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých organizácii: Slovenský Červený kríž, územný spolok Humenné, Kukorelliho 60, 066 01 Humenné, IČO: 00416185 podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tomto potvrdení za účelom evidencie prijímateľov sociálnej služby. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania alebo do doby určenej zákonom. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v zákone o ochrane osobných údajov.

V dňa

.....

podpis klienta prepravnej služby