



Obec Chuchelná, K.M.Lichnovského 10, 747 24, Chuchelná

Žádost o předregistraci do zubní ambulance v Chuchelné (pro žadatele starší 3 let)

Osobní údaje

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Zdravotní pojišťovna/kód	

Kontakt

Telefon	
E-mail	

Poznámka:

Vyplněním formuláře "Žádost o předregistraci do zubní ambulance" nevzniká právní nárok na registraci. O registraci rozhoduje poskytovatel zdravotních služeb na základě kapacity zubní ambulance.

Tento formulář bude předán poskytovateli zdravotních služeb a uchován a zpracován z důvodu jeho právní povinnosti dle zákona o zdravotnických službách.

Zpracování osobních údajů obcí je prováděno z důvodu veřejného zájmu pro zajištění efektivnější registrace. Ostatní práva a povinnosti naleznete na webových stránkách obce www.chuchelna.com

Vdne

Podpis: