

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já _____, bytem _____,
datum narození _____, tímto přebírám veškerou zodpovědnost za
případné následky a vedlejší účinky očkování _____
provedené na dítěti _____ (jméno),
datum zrození _____ a souhlasím s plným uhrazením případné
související péče (nemocniční, fyzioterapeutické, specializační). V případě zjištěné
a potvrzené invalidity dítěte souhlasím s uhrazením kompenzační částky ve výši
_____ Kč, a to do 30 dnů od potvrzení invalidity.

Datum:

Místo:

Podpis s razítkem: