

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ - ANTIGENNÍ TESTOVÁNÍ

**Já,**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna: ..... / samoplátce

Povolání: .....

Kontaktní telefon\*: .....

Kontaktní e-mail\*: .....

Symptomy: .....

- objevily se dne: .....

### prohlašuji,

že splňuji podmínky pro bezplatné testování stanovené v Mimořádném opatření Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 47828/2020-29/MIN/KAN, ve znění pozdějších změn:

Vyšetření na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS CoV-2 prostřednictvím POC antigenních testů se provádí bezplatně u všech osob, které jsou účastny veřejného zdravotního pojištění v České republice a prokáží se průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem, a to však **nejvýše jedenkrát za 7 dní** (poznámka: to znamená každý 8. den od předešlého testování, maximálně 4x do měsíce).

Jsem si vědom/a, že v případě poskytnutí nepravdivých informací vzniká společnosti ABCOVID s.r.o. právo vymáhat vzniklou škodu spojenou s provedení Antigenního testu.

V ..... dne .....

.....

vlastnoruční podpis \*

Pozn.: Společnost ABCOVID s.r.o., jako správce osobních údajů, dodržuje pravidla pro ochranu osobních údajů dle požadavků „Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, (dále jen „Nařízení GDPR“).

**\* pokud testovaný není právně způsobilý k podpisu čestného prohlášení, budou uvedeny kontaktní údaje na zákonného zástupce, který rovněž toto prohlášení stvrdí podpisem**