



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. Všem, kteří nebudou postupně kontaktováni do 31.1.2025, doporučujeme nadále si hledat stomatologa.

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](http://www.chuchelna.com)

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

Podpis: .....