**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O SOUHLASU**

Já níže podepsaný/á, zastupující ……*název poskytovatele zdravotních služeb......, ……adresa*……, ……*IČO……*. tímto prohlašuji, že souhlasím s provedením auditu dle čl. 2 odst. 13 Statutu Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků a kapacit hrazených z veřejného zdravotního pojištění na pracovišti, kde bude umístěn přístroj specifikován v předložené žádosti, tj. ………*název přístrojového vybavení, o které je žádáno...….* Souhlas je udělen dobrovolně.

V ………... dne ………………

­­­­­­­­­­Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno statutárního orgánu*

*Funkce* *statutárního orgánu*