**Prohlášení o souhlasu**

Já níže podepsaný/á prohlašuji, že souhlasím v souvislosti s žádostí o doporučení umístění
a provozu nákladného přístroje „Komisí pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků a kapacit hrazených ze zdravotního pojištění“ (dále jen Komise) jako statutární zástupce žadatele s tím, aby členové Komise provedli audit (fyzickou kontrolu) příslušného pracoviště v …..…………… (název zařízení/žadatele). Souhlas je udělen dobrovolně.

Jméno a příjmení statutárního zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

         Datum                                                                 Podpis