

.....
Meno, adresa, telef., email. kontakt na rodičov (zákonných zástupcov)

Diagnostické centrum ul. Slovinská 1
821 04 Bratislava

Vec: Žiadosť o prijatie dieťaťa do MŠ pri DC na dobrovoľný diagnostický pobyt

Rodič (zákonný zástupca) dieťaťa týmto žiadam o prijatie mal.

..... nar.

rodné číslo:....., zdravotná poisťovňa.....

bytom

z kmeňovej MŠ..... do MŠ pri DC

na diagnostický pobyt z dôvodu

.....

Platby za pobyt budem realizovať: šekom / cez IB (označte správnu odpoveď).

Svojim podpisom vyjadrujem súhlas so spracovaním osobných údajov v súlade so zákonom
č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v dokumentoch potrebných k umiestneniu
mal. na dobrovoľný diagnostický pobyt v Diagnostickom centre.

V Bratislave

.....

podpis