

Plná moc k zastupování jednoho z rodičů (zákonného zástupce)

Jméno a příjmení nezletilého dítěte:RČ:

Bydliště :

Já, níže podepsaný(á)(zmocnitel):

Jméno a příjmení:datum narození:

Bydliště:

zmocňuji pana (paní) (zmocněnec):

Jméno a příjmení:datum narození

Bydliště:

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržených zdravotních službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ustanovením § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ustanovení § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání.

Vdne :

.....

podpis zmocnitele