



PLNÁ MOC PRO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE K LÉKAŘI

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

RČ:

Zmocnitel – zákonný zástupce

Já níže podepsaný,

Jméno a příjmení:

Narozen:

Bytem:

RČ:

t í m t o z m o c ň u j i

Zmocněnec

Jméno a příjmení:

Narozen:

Bytem:

RČ:

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

Plnou moc uděluji na dobu neurčitou.

V Dne

.....
Podpis zmocnitele

Plnou moc přijímám.

V Dne

.....
Podpis zmocněnce