

PLNÁ MOC

Já, níže podepsaná(ý)

Jméno a příjmení

Narozen(a)

Adresa bydliště

Zmocňuji paní (pana)

Jméno a příjmení

Narozen(a)

Adresa bydliště

Jméno a příjmení nezletilého dítěte

Rodné číslo

Adresa bydliště

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb výše uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu výše uvedeného nezl. 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.

Tato plná moc platí do odvolání.

V dne

Podpis