

PLNÁ MOC K ZASTUPOVÁNÍ RODIČŮ

(ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení nezletilého dítěte:

Rodné číslo:

Bydliště:

Já, níže podepsaný/á (zmocnitel):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

tímto 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 výše uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zejména aby:

- obdržel(a) informace o zdravotním stavu nezletilého dítěte,
- byl(a) informován(a) o navržených zdravotních službách,
- uděloval(a) informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb,
- činil(a) veškerá potřebná právní jednání související s poskytováním zdravotní péče nezletilému dítěti.

Tato plná moc se uděluje na dobu neurčitou a platí do jejího odvolání.

V dne

.....

podpis zmocnitele