

Plná moc

Jméno a příjmení nezl. dítěte : R.Č.....

Bydliště :

Já, níže podepsaná

Jméno a příjmení matky :nar :

Bydliště :

Já níže podepsaný

Jméno a příjmení otce : nar. :

Bydliště :

Zmocňujeme pana (paní)

Jméno a příjmení :nar :

Bydliště :

K našemu 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 nezl. dítěte a o navržených službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě udělil (a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný 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 matky : Podpis otce :