

## PLNÁ MOC K OŠETŘENÍ DÍTĚTĚ

### Plná moc k ošetření dítěte:

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození dítěte .....

Já níže podepsaný .....

narozen .....

bytem .....

rodné číslo .....

### tímto zmocňuji

paní/pána .....

narozenou/ něho .....

bytem .....

rodné číslo .....

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména, aby obržel(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 de souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

Plnou moc uděluji na dobu neurčitou.

V ..... dne .....

zmocnitel .....

Plnou moc přijímám

V ..... dne .....

zmocněnec .....