

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

PLNÁ MOC

jméno a příjmení dítěte:

číslo pojištění:

bydliště:

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce)

jméno a příjmení:

narozený(á):

bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):

zmocňuji shora uvedeného dítěte pana (paní):

jméno a příjmení:

narozený(á):

bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):

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 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 poskytnuty se souhlasem zákonného zástupce.

Tato plná moc platí do odvolání.

V Opavě, dne:.....

Podpis: