MORAVSKOSLEZSKÁ
NEMOCNICE
OPAVA

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

PLNÁ MOC

jméno a příjmení dítěte: .....

číslo pojištěnce: .....

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: .....

Tel.: +420 553 766 101
Fax: 553 766 884
E-mail: sekretariat@msnopava.cz
ID datové schránky: q2ak7ru
Elektronická adresa podatelny: sno@po-msk.cz
www.msnopava.cz

IČO: 47813750
DIČ.: CZ47813750
Č. účtu: 19-0633950217/0100, KB, a.s. Opava
IBAN:CZ2101000000190633950217
SWIF: (BIC) KOMBCZPPXXX

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje