

PLNÁ MOC

Jméno a příjmení dítěte:

Bydliště:

Já, níže podepsaný/á rodič/zákonný zástupce:

Jméno a příjmení rodiče/zákonného zástupce shora uvedeného dítěte

pan/paní

Narozený/á:

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte)

Zplnomocňuji druhého rodiče/zákonného zástupce

Jméno a příjmení druhého rodiče/zákonného zástupce:

pana/paní

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 ustanovením § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů/zákonných zástupců/.

V Praze dne

Podpis :