

Plná moc

Jméno a příjmení nezl. pacienta :
nar.:
bytem:

Já, níže podepsaný(á):
nar.:
bytem:

při výkonu své rodičovské zodpovědnosti podle ust. § 31 odst. 1 zák. č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění, jakožto zákonný zástupce shora uvedeného nezl. dítěte,

tímto výslovně zmocňuji

osobu:
nar.:
bytem:

aby mne zastupoval(a) při výkonu všech mých práv a povinností vyplývajících vůči shora jmenovanému nezl. dítěti ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zejména, aby za mne přijímal(a) informace o zdravotním stavu nezl. dítěte, dále informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a aby za mne uděloval(a) souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nezl. dítěti.

Zároveň tímto prohlašuji, že jsem k dnešnímu dni nebyl(a) výkonu rodičovské zodpovědnosti vůči svému nezl. dítěti zbaven(a) a ani mi nebyl výkon rodičovské zodpovědnosti omezen nebo pozastaven.

Tato plná moc platí oddo

V Havířově dne

(podpis zákonného zástupce)

Zmocnění přijímám
(podpis zmocněnce)