



# PLNÁ MOC K ZASTUPOVÁNÍ JEDNOHO Z RODIČŮ (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení nezletilého dítěte: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

## **Já, níže podepsaný(á) (zmocnitel):**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

## **Zmocňuji pana (paní) (zmocněnec):**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

K mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 373/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržených zdravotních službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ustanovení § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ustanovení § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

**Tato plná moc platí do odvolání.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zmocnitele