

## PLNÁ MOC

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 povinnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb níže uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, zejména, aby za mne přijímal/a informace o zdravotním stavu nezletilého/nezletilé, dále informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a aby za mne uděloval/a souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému/nezletilé apod.

### Nezletilé dítě

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

bydliště \_\_\_\_\_.

Tato plná moc trvá do písemného odvolání.

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

Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám:

\_\_\_\_\_  
Zmocnitel

\_\_\_\_\_  
Zmocněnec