

## PLNÁ MOC

Jméno a příjmení dítěte : ..... Rodné číslo : .....

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: .....