Plná moc k ošetření dítěte:

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození dítěte .....

Já níže podepsaný .....

narozen .....

bytem .....

rodné číslo

tímto zmocňuji

pana/paní Štěpána Svatého
narozeného/narozenou 15. 11. 2000

bytem Zelený Pruh 975/46, Praha 4 –Braník, 147 00

rodné číslo 001115/0029

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 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).
Tato plná moc platí do 31. 8. 2022.

V Praze dne .....

.....
zmocnitel

Plnou moc přijímám.

V Praze dne .....

.....
zmocněnec