

## Plná moc

Jméno a příjmení nezletilého: \_\_\_\_\_ narozen dne: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ narozen dne: \_\_\_\_\_

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte): \_\_\_\_\_

### zmocňuji pana (paní):

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ narozen dne: \_\_\_\_\_

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 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

Tato plná moc platí do odvolání.

V Plzni dne: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

---