

## Plná moc

Jméno a příjmení nezl. dítěte : ..... R.Č.....

Bydliště : .....

### Já, níže podepsaná

Jméno a příjmení matky : ..... nar : .....

Bydliště : .....

### Já níže podepsaný

Jméno a příjmení otce : ..... nar : .....

Bydliště : .....

### Zmocňujeme pana ( paní )

Jméno a příjmení : ..... nar : .....

Bydliště : .....

K našemu zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ( dále jen zákon ), zejména aby obdržel ( a ) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě udělil ( a ) v souladu s ust. § 34 zákona písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1 zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

### Tato plná moc platí do odvolání.

V ..... dne : .....

Podpis matky : ..... Podpis otce : .....