



# Sdružené zdravotnické zařízení Krnov

příspěvková organizace  
I. P. Pavlova 9, 794 01 KRNOV

## PLNÁ MOC

Jméno a příjmení nezl. dítěte .....RČ: .....

Bydliště: .....

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

Jméno a příjmení: .....

Narozený(á): .....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte): .....

zmocňuji druhého rodiče (zákonného zástupce) shora uvedeného dítěte pana (paní):

Jméno a příjmení druhého rodiče (zákonného zástupce):.....

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 nezl. 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.....dne: .....

Podpis: