

Plná moc

od 17. srpna do 31. srpna 2024

Dítě			
Příjmení:		Jméno:	
Datum narození:			
Bydliště:		PSČ:	

Já níže podepsaná			
Matka:		narozena:	
Bydliště:		PSČ:	

Já níže podepsaný			
Otec:		narozen:	
Bydliště:		PSČ:	

Udělují plnou moc po dobu trvání LTD RÁJ Letohrad od 17. srpna do 31. srpna 2024 k mému 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 nezletilého 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.

Tato plná moc platí do odvolání.

V _____ dne: _____

Podpis matky: _____

Podpis otce: _____