

Plná moc

Já, níže podepsaný(á)-zmocnitel

Jméno a příjmení:

Bydliště:

ZMOCŇUJI

pana/paní-zmocněnec

Jméno a příjmení

Bydliště

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb níže uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Nezletilé dítě

Jméno a příjmení

Bydliště

Tato plná moc trvá od do

V

Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám:

.....
Zmocnitel

.....
Zmocněnec

**tato plná moc je součástí zdravotnické dokumentace pacienta*