



Jméno a příjmení dítěte:	
Rodné číslo (číslo pojištění):	
Bydliště:	

Já, níže podepsaný(á):

Jméno a příjmení rodiče:	
narozen:	
Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):	

zmocňuji druhého rodiče shora uvedeného dítěte pana (paní):

Jméno a příjmení druhého rodiče:	
narozen:	
Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):	

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále je 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.

Tato plná moc platí do odvolání.

V	dne
Podpis rodiče:	