##### **Plná moc**

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

Bydliště : ………………………………………………………………………………………………………….

Já, níže podepsaný(á)

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………….. nar: …………………..

Bydliště: ……………………………………………………………………….................................................

zmocňuji pana (paní):

Jméno a příjmení: Monika Havlíčková………………………………………….. nar: 26. 4. 1971…..……..

Bydliště: Ptice 182, Úhonice 252 18……………………………………….................................................

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 jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. 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 29. srpna 2014 vč.

V ………..……….dne : ………………

Podpis: . ………………………………