



Plná moc

Jméno a příjmení nezl. dítěte: _____ RČ: _____

Bydliště: _____

Já, níže podepsaný - otec

Jméno a příjmení: _____ nar: _____

Bydliště: _____

Já, níže podepsaná - matka

Jméno a příjmení: _____ nar: _____

Bydliště: _____

Udělují tuto plnou moc po dobu trvání soustředění oddílu orientačního běhu KOBUL v Doksech od 7. 5. 2019 do 12. 5. 2019 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 odvolání.

Datum: _____

V: _____

Podpis – otec:

Podpis – matka:
