



tel.: 565 355 111
fax: 565 324 645
e-mail: hospital@hospital-pe.cz
web: www.hospital-pe.cz

Poskytovatel:

Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710, 393 01 Pelhřimov
IČO: 00511951

Plná moc

Jméno a příjmení nezletilého
r.č.:
Bydliště:.....

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

.....
Narozený(á):

Bydliště (vyplňte, liší-li se od bydliště nezletilého):

zmocňuji druhého rodiče (zákonného zástupce) shora uvedeného nezletilého pana (paní):

Jméno a příjmení druhého rodiče (zákonného zástupce):

.....
Narozený(á):

.....
Bydliště (vyplňte, liší-li se od bydliště nezletilého):

.....
K mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb nezletilému dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění, (dále jen zákon), zejména, aby obdržel (a) informace o zdravotním stavu nezletilého 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 (zákonných zástupců).

Tato plná moc platí do odvolání.

V dne:

.....
zákonný zástupce

.....
zákonný zástupce