



Plná moc k lékaři

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____

Já, níže podepsaný/ná (jméno rodiče/zákonného zástupce): _____

Narozen/a: _____

Bytem: _____

tímto jako rodič nebo zákonný zástupce dítěte zmocňuji následující osoby – vedoucí a zdravotníky kmene Mawadani

pracovník tábora

narozen dne

bytem

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména, aby obdržel informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodů 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

Plnou moc uděluji na dobu: _____ .

V _____ , dne _____ .

Podpis zmocnitele (rodič nebo zákonný zástupce):

Uvedení pracovníci tábora (zmocnění) tuto plnou moc přijímají: