**Plná moc**

Jméno a příjmení dítěte………………………………………………………… .r.č. ………………..

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

Já, níže podepsaný/á zákonný zástupce výše uvedeného dítěte

Jméno a příjmení ……………………………………………………………, r.č. …………………..

Bydliště (je-li,jiné než bydliště dítěte)…………………………………………………………………

….…………………………………………………………………………………………………………

zmocňuji druhého rodiče shora uvedeného dítěte:

Jméno a příjmení druhého rodiče, zákonného zástupce………………………………………..…

Bydliště (je-li jiné než bydliště dítěte) ………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, a to k udělení písemného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb podle § 35, odst. 2, písm a) bod 1.

Tato plná moc platí do odvolání.

V………………………………………dne …………………………..

Podpis: …………………