

## PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE

Jméno dítěte:

Příjmení dítěte:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa místa trvalého pobytu:

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

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

zmocňuji zdravotníka FBS Olomouc z. s.

Jméno: Ondřej

Příjmení: Čoček

Datum narození: 18. 8. 1974

Adresa trvalého pobytu: Hněvotín 526, 78347

na dobu konání sportovního soustředění FBS Olomouc: 11. 8. 2019 – 17. 8. 2019.

v místě: hotel M, Dukelská 27, Jeseník.

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 od 11. 8. 2019 – 17. 8. 2019

V .....dne :.....

Podpis:.....