

**Plná moc  
zastupování druhého rodiče nezletilého dítěte**

**Identifikace dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

**Já, zmocnitel (první rodič):**

Jméno a příjmení rodiče: \_\_\_\_\_

Narozen(a): \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

**uděluji plnou moc pro druhého rodiče shora uvedeného dítěte:**

**zmocněnci (druhému rodiči):**

Jméno a příjmení druhého rodiče: \_\_\_\_\_

Narozen(a): \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

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

Tato plná moc platí do odvolání.

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

**Plnou moc přijímám.**

Podpis zmocnitele: \_\_\_\_\_

Podpis zmocněnce: \_\_\_\_\_