##### Plná moc

Jméno a příjmení nezletilého dítěte:……………….……..…………………….……RČ: ……………………

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

**Já, níže podepsaný(á)**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………….. nar: …….………………..

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

a

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………….. nar: ………….…………..

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

**zmocňuji lékaře kurzu**

**Jméno a příjmení: MUDr. Libor Vykoupil,**

k mému zastupování v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržela informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělila 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 na dobu od 11.3.-16.3.2018

Ve ………………….. dne: …………………. Podpisy: . ………………………………