

## Plná moc k ošetření dítěte

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Zákonný zástupce: .....

Datum narození zákonného zástupce: .....

Tímto zmocňuji vedoucího kolektivu mladých hasičů (SDH Škvorec) a osoby zastupující 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(a) informace o zdravotním stavu 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 § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

**Plnou moc uděluji na dobu neurčitou.**

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce