



Plná moc k ošetření nezletilého pacienta

My, níže podepsání rodiče nezletilé osoby:

Jméno a příjmení
datum narození
rodné číslo
bytem
(dále též jen „dítě“)

Otec: Jméno a příjmení
datum narození
bytem
telefonní kontakt

Matka: Jméno a příjmení
datum narození
bytem
telefonní kontakt

tímto zmocňujeme

Jméno a příjmení	Viktor Hrycek
datum narození	22.7.2000
bytem	Oldřichovice 941, Třinec 739 61
telefonní kontakt	+420 739 071 166

jakožto zástupce vedoucího tábora pro děti a mládež,
pořádaného ve dnech od 23.7.2024 do 4.8.2024
Dorostovou unií, z.s., dorostovou skupinou číslo 55
(dále též jen „tábor“).

k zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb našemu dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (dále též jen „zákon“). Tedy zejména, aby:

- obdržel informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách (§ 31 zákona),
- udělil na základě těchto informací za nás písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (§34 zákona),

a aby za nás dával v naší nepřítomnosti další potřebné souhlasy a pokyny týkající se ošetření a léčby našeho dítě.

Rovněž bereme na vědomí a souhlasíme s tím, že hlavní vedoucí tábora může pověřit na základě své vlastní úvahy a vhodnosti další osoby k výkonu zmocnění dle této plné moci. Pokud jich takto ustanoví více, souhlasíme s tím, aby každá z těchto pověřených osob jednala samostatně.

Tato plná moc platí po dobu výše uvedeného tábora.

_____ (podpis) _____ (podpis)
otec dítěte matka dítěte