

Plná moc

Já / jméno a příjmení rodiče/

datum narození
jako zákonný zástupce nezletilého dítěte

...../jméno a příjmení dítěte, datum narození/

ZMOCŇUJI

zdravotníka LVVZ a vedoucího kurzu konané ve dnech.....
jméno a příjmení zdravotníka.....
jméno vedoucího kurzu
k zastupování ve věci udělování souhlasu s poskytováním zdravotních
služeb výše uvedenému nezletilému a rovněž souhlasím, aby v souvislosti s
takto poskytovanou zdravotní péčí byl zmocněnec informován o zdravotním
stavu nezletilého, přijímal poučení o zdravotních službách a to v plném
rozsahu.

Tato plná moc se uděluje na dobu určitou, do

V dne

podpis rodiče - zmocnitele.....

Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám:

V dne

podpis zdravotníka :

podpis vedoucího kurzu :