

# PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE V NEMOCNICI

Jméno a příjmení nezl. dítěte: .....RČ: .....

Bydliště : .....

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení: .....nar: .....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte).....

zmocňuji pana – hlavní vedoucí Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2020 – Lukáš Kesla, nar.: 3.4.1997 v Praze, trvale bytem: Čimická 93/120, 18100 Praha 8, konaného ve dnech (označte křížkem vhodný termín):

- 20.07. – 24.07.2020
- 10.08. – 14.08.2020
- 24.08. – 28.08.2020

v místě Squash Sport, Čimická 780/61, 18100, Praha 8 – Čimice.

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. 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 ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí od 20.07. – 28.08.2020 – po dobu trvání zvoleného termínu Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2019 v Praze 8, Čimicích.

V .....dne :.....

Podpis: .....