**Plná moc k ošetření dítěte**

**My, níže podepsaní** zákonní zástupci nezletilého dítěte:

jméno a příjmení nezletilého dítěte: .....................................................

datum narození: .....................................................

bytem: ............................................................

Jméno praktického lékaře: ………………………………………………………….

tímto **zplnomocňujeme:**

jméno, příjmení, titul:

datum narození:

bytem:

číslo OP:

Kvalifikace:

**k doprovodu výše uvedeného dítěte do zdravotnického zařízení ke všem zdravotním úkonům dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a souhlasíme s jeho ošetřením a předání informací o zdravotním stavu dítěte za účelem ošetření uvedené nezletilé osoby.**

Zákonný zástupce nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení: ............................................................................................

Datum narození: ..............................................................................................

Bytem:..................................................................................................................

Číslo OP: .............................................. Telefon: ………………………………………………

**Tato plná moc platí po dobu omezenou** – od ……………… do …………………….

………………………………………………………………………….

Podpis zákonného zástupce

V……………………………. dne…………………..

**Plná moc k ošetření dítěte**

**My, níže podepsaní** zákonní zástupci nezletilého dítěte:

jméno a příjmení nezletilého dítěte: .....................................................

datum narození: .....................................................

bytem: ............................................................

Jméno praktického lékaře: ………………………………………………………….

tímto **zplnomocňujeme:**

jméno, příjmení, titul:

datum narození:

bytem:

číslo OP:

Kvalifikace:

**k doprovodu výše uvedeného dítěte do zdravotnického zařízení ke všem zdravotním úkonům dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a souhlasíme s jeho ošetřením a předání informací o zdravotním stavu dítěte za účelem ošetření uvedené nezletilé osoby.**

Zákonný zástupce nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení: ............................................................................................

Datum narození: ..............................................................................................

Bytem:..................................................................................................................

Číslo OP: .............................................. Telefon: ………………………………………………

**Tato plná moc platí po dobu omezenou** – od ……………… do …………………….

………………………………………………………………………….

Podpis zákonného zástupce

V……………………………. dne…………………..