



Plná moc

k ošetření nezletilého pacienta

My, níže podepsání rodiče nezletilé osoby:

Dítě: 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 Jakuba Kubička
 datum narození 6.11.2003
 bytem Havlíčkova 312, Štítina
 telefonní kontakt 733611841

Letní stanový
 TÁBOR s LAVINOU
 AVATAR 2025

jakožto zástupce vedoucího tábora pro děti a mládež,
 pořádaného ve dnech od 10.8.2025 do 23.8.2025
 Dorostovou unií, z.s., dorostovou skupinou číslo 51
 (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 dítěte.

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)
 otec dítěte

 (podpis)
 matka dítěte

Dorostová unie, z.s.