

**Plná moc k ošetření nezletilého pacienta**

My, níže podepsaní 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………Eva Pavlasová…………………………………………………….……………

datum narození…………31. 7. 1996……………………………………………………………..………

bytem…………Houbova 1915, Chotěboř 583 01…….………………………..………………………….

telefonní kontakt………… 775 965 731………………………………………………..…..……………

jakožto zástupce vedoucího a zdravotníka tábora pro děti a mládež, pořádaného ve dnech od ……17.8.2024………………… do ……24.8.2024………………… pod Dorostovou unií, z.s., dorostovou skupinou číslo ……044………………… (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