Zmocnění a určení osob oprávněných dle zákona o zdravotních službách

Údaje zákonného zástupce I

Jméno a příjmení: …….. Datum narození: …….....

Kontakt (telefon, e-mail): ……..

Údaje zákonného zástupce II

Jméno a příjmení: …….. Datum narození: …….....

Kontakt (telefon, e-mail): ……..

Údaje nezletilého dítěte

Jméno a příjmení: …….. Datum narození: …….....

Trvale bytem: …….

Jako zákonný zástupce zmocňuji

- MUDr. Darinu Aleksijević, nar. 14. 7. 1982,
- MUDr. Kristínu Holotovou, nar. 4. 6. 1996,
- MUDr. Petru Venháčovou, nar. 27. 12. 1977,
- Martinu Fidermákovou, nar. 4. 1. 1981,
- Moniku Kunckovou, nar. 29. 1. 1973 a
- Viktorii Kunovjánkovou, nar. 12. 9. 2000,

aby po dobu konání letního edukačního dia-tábora pořádaného spolkem Inzulínek, z. s., tj. od 3. 8. do 10. 8. 2024, udělovaly za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byli zmocněnci informováni o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení § 31 zák. č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zároveň určuji výše uvedené MUDr. Darinu Aleksijević, MUDr. Kristínu Holotovou, MUDr. Petru Venháčovou, Martinu Fidermákovou, Moniku Kunckovou a Viktorii Kunovjánkovou osobami, na jejichž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle § 28 odst. 3 písm. e) bod 1, a to ve shora uvedené době konání letního edukačního dia-tábora.

V …….. dne ……

…….
podpis zákonného zástupce I

…….
podpis zákonného zástupce II