

PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný zmocnitel

jméno a příjmení:	
datum narození:	
adresa:	

tímto **zmocňuji** níže podepsaného zmocněnce

jméno a příjmení:	
datum narození:	
adresa:	

k tomu, aby převzal zdravotnickou dokumentaci nebo její část určenou pro mou osobu.

Tato plná moc se uděluje na dobu (nehodící se škrtněte):

jednorázově

1 měsíce

1 roka

neurčitou

V dne

Zmocnitel:

Zmocněnec:

Poznámka:

Plná moc je platná i v případě, že není podpis zmocnitele úředně ověřen.

Zmocněnec musí jednat osobně.

Plná moc zaniká odvoláním zmocnitelem, případně vypovězením zmocněncem nebo smrtí zmocněnce.