

**Zmocnění a určení osoby  
oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

**Údaje zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Kontakt (telefon, e-mail): .....

**Údaje nezletilého dítěte:**

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo .....

Trvale bytem: .....

Jako zákonný zástupce zmocňuji paní Barboru Čapkovou, narozenou dne 15. 11. 1993, trvale bytem Štěpána Bendy 583, Veltrusy, aby po dobu konání letního tábora, tj. od 7. 7. 2019 do 19. 7. 2019 uděloval 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 byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zák. č. 372/2011 Sb.

Zároveň určuji paní Barboru Čapkovou osobou, na jejíž 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 tábora.

Podepsáno v obci ..... dne 7. 7. 2019

.....

podpis zákonného zástupce