**Zmocnění**

**zproštění mlčenlivosti a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

***Já, níže podepsaný***

Jméno a příjmení: ……………………………………… nar. dne ………………

Trvale bytem ……………………………………………………………………...

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

***zákonný zástupce nezletilého dítěte:***

Jméno a příjmení: ………………………………………. nar. dne ……………

Trvale bytem: …………………………..…………………………………………

***zmocňuji tímto následující osoby***

**Mgr. Radim Trmal** (trenér),
trvale bytem Plzeňská 48 Č. Budějovice, 370 04
**Jiří Klimeš** (trenér)

trvale bytem Zvíkov 65

**Miroslav Pelda** (trenér)

trvale bytem Pod Ohradou 390, Adamov 373 71

**Milan Šimonek** (trenér)

Bytem Dubenská 2, České Budějovice 370 05

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách (déle jen zákon), zejména, aby obdržel informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich dítě udělil v souladu s § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst.2 bodu1.zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

Moc uděluji na dobu: 16.8. – 31.8.2023

V Horní Stropnici dne 16.8. 2023

………………………………………………….

Podpis zákonných zástupců dítěte

Uveden zástupci (zmocněnci) tuto plnou moc přijímají.