

Zmocnění, zproštění mlčenlivosti a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Já, níže podepsaný:

Jméno a příjmení:

Narozen(a) dne

Trvale bytem

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

Zákonný zástupce nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení:

Narozen(a) dne

Trvale bytem:

Zmocňuji tímto

Miluši Koskovou, nar. 20. 4. 1986, bydliště Lidická 559, 561 51 Letohrad (zdravotník tábora)

Janu Bublákovou, nar. 17. 6. 1978, bydliště Na kopečku 252, Luka nad Jihlavou (zdravotník tábora)

Kláru Heczkovou, nar. 28. 12. 2001, bydliště Libušina 386, Kutná Hora (zdravotník tábora)

k tomu, aby po dobu konání letního dětského tábora, který pořádá Táborová jízda ve dnech **10. 8. – 23. 8. 2024**, udělovala za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb včetně hospitalizace, jejichž potřeba v této době nastane, a to v celém rozsahu (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně zprošťuji povinné mlčenlivosti ve smyslu § 51 z. č. 372/2011 Sb. poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, kteří by poskytli zdravotní péči mému nezletilému dítěti a uděluji jim tímto souhlas k poskytnutí informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu a rozsahu ustanovení § 31 z. č. 372/2011 Sb. zmocněnci.

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce