

## PLNÁ MOC K ZASTUPOVÁNÍ PACIENTA

Já, níže podepsaný/á zmocnitel/zmocnitelka

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

tímto zmocňuji pana/paní zmocněnce/zmocněnkyni

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

k zastupování níže uvedeného pacienta při podání žádosti a převzetí výpisu nebo kopie jeho zdravotnické dokumentace vedené společností Pekárek spol. s r.o./ Dům zubní péče s.r.o.

**Pacient:**

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Číslo pojištěnce:

Tato plná moc se uděluje na dobu:

neurčitou

určitou do:

V

Dne

.....

Podpis  
zmocnitele/zmocnitelky

Výše uvedené zmocnění přijímám

V

Dne

.....

Podpis  
zmocněnce/zmocněnkyně