

PŘIHLÁŠKA NA KONFERENCI 2024 (pod 18 let)

02. – 04. února 2024, Litvínov

Jméno a příjmení:

Datum narození: Bydliště:

A. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

Zdravotně pojištěn(a) u:

.....

*zde nalepte **fotokopii** průkazu
pojištěnce zdravotní pojišťovny*

B. KONTAKT NA RODIČE V DOBĚ AKCE

Jméno a příjmení otce nebo matky:

Telefon: Adresa:

(pokud nejsou uvedeni rodiče dítěte, přiložte plnou moc zmocněné osoby)

C. SOUHLAS S OŠETŘENÍM - PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný(á):

Datum narození: Bytem:

při výkonu své rodičovské odpovědnosti podle ust. § 892 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, jakožto zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého/nezletilé tímto výslovně zmocňuji pověřeného vedoucího konference (resp. zdravotníka), aby mne zastupoval/a při výkonu mých práv a povinností vyplývajících vůči shora jmenované/mu nezletilé/mu ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zejména, aby za mne přijímal/a informace o zdravotním stavu nezletilé/ho, dále informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a aby za mne uděloval/a souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nezletilé/mu.

Zároveň tímto prohlašuji, že mi k dnešnímu dni nebyl výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven, omezen, ani jsem nebyl/a výkonu rodičovské zodpovědnosti vůči svému dítěti zbaven/a.

Tato plná moc platí pouze v období 2. - 4. 2. 2024.