

# Zrušení plné moci k zastupování nezletilého dítěte

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... Narozen(a) dne: .....

Bydliště: .....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: ..... Narozen(a) dne: .....

Bydliště: .....

Já, níže podepsaný(á)

**ruším zmocnění** pana (paní)

Jméno a příjmení: ..... Narozen(a) dne: .....

Bydliště: .....

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Toto zrušení nabývá okamžitou platnost.

V..... Dne.....

.....

Podpis zmocnitele