



**Palas Athéna s.r.o.**

**klinika jednodenní chirurgie**

**IČ 25091468**

## **Plná moc**

Já níže podepsaný/á zmocnitel/ka .....

Narozen/a .....

Bydliště .....

Číslo OP .....

tímto **zmocňuji**

Zmocněnec .....

Narozen/a .....

Bydliště .....

Číslo OP .....

k zastupování ve věci převzetí lékařského receptu, lékařské zprávy, ortopedického poukazu, záznamu ze zdravotnické

dokumentace, jiného dokumentu obsahující moje osobní údaje: **specifikujte:** .....

*\*\*\* nehodící se škrtněte*

Tuto plnou moc uděluji na dobu neurčitou / určitou .....

V ..... dne .....

podpis zmocnitele/ky

Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám

V ..... dne .....

podpis zmocněnce

---

Místo pro úřední ověření: