

PLNÁ MOC

Já níže podepsaný(á),

Jméno a příjmení (dále jen zmocnitel)

Rodné číslo

Bytem

tímto zmocňuji

Pana/paní (dále jen zmocněnec)

Rodné číslo.....

Bytem

k převzetí obrazové dokumentace, která je součástí mé zdravotnické dokumentace vedené Nemocnicí s poliklinikou Karviná-Ráj, příspěvkovou organizací, IČ 00844853, se sídlem Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná.

V dne

.....
zmocnitel

Zmocnění přijímám

V dne

.....
zmocněnec