

**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 Vydmučov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná.

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

.....  
zmocnitel

Zmocnění přijímám

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

.....  
zmocněnec