

PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný (á),
narozen (a),
bytem trvale:,
(dále jen „zmocnitel“)

z m o c ň u j i

pana (paní),
narozeného (narozenou),
bytem trvale:,
adresa doručování:,
(dále jen „zmocněnec“)

k tomu, aby mne v plném rozsahu zastupoval/a ve věci stížnosti podané dne, proti postupu Kroměřížské nemocnice a.s., IČ 276 60 532, při poskytování zdravotnických služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami jí poskytovanými, tzn. aby činil/a veškerá jednání s tímto související, zejména podával/a příslušná podání, účastnil/a se jednání apod., a současně souhlasím, aby v této souvislosti případně i nahlížel/a do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu souvisejícím se stížností.

V, dne

.....
podpis zmocnitele

Zmocnění přijímám v plném rozsahu.

V, dne

.....
podpis zmocněnec