

PLNÁ MOC

Zmocnitel (vyšetřovaná osoba)

Jméno a příjmení, bydliště:.....

Číslo pojištění (datum narození):.....

tímto ZMOCŇUJE

Zmocněnce (osoba pověřená převzít výsledek)

Jméno a příjmení, bydliště:.....

Číslo pojištění (datum narození):..... Číslo a typ dokladu:

k následujícímu jednání:

- osobní vyzvednutí laboratorních výsledků z:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pardubická nemocnice | <input type="checkbox"/> Chrudimská nemocnice | <input type="checkbox"/> Svitavská nemocnice |
| <input type="checkbox"/> Orlickoústecká nemocnice | <input type="checkbox"/> Litomyšlská nemocnice | |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Oddělení klinické biochemie | | |
| <input type="checkbox"/> Hematologicko-transfuzní oddělení | | |
| <input type="checkbox"/> Oddělení klinické mikrobiologie | | |

jež budou v rámci uvedené nemocnice pořízeny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb zmocniteli.

Zmocnitel výslovně souhlasí s tím, že zmocněnec se může v rámci výše popsaného jednání v plném rozsahu s předmětnými laboratorními výsledky seznámit.

Tato plná moc se vztahuje na laboratorní výsledky ze dne:.....

Zmocněnec se přijetím plné moci zavazuje, že na vyžádání výše uvedené nemocnice osvědčí svou totožnost platným průkazem totožnosti (občanský průkaz nebo pas).

Plná moc platí od:do:

Zmocněnec výslovně souhlasí s tím, že jeho osobní údaje budou zpracovány v rozsahu nezbytném pro provoz příslušného pracoviště nemocnice.

V..... dne podpis zmocnitele.....

Plnou moc přijímám

V..... dne podpis zmocněnce