

PLNÁ MOC
k převzetí obrazové dokumentace

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 Karviná - Ráj, příspěvkovou organizací, IČ 00844853, se sídlem Vydmuchovej 399/5, Ráj, 734 01 Karviná.

V dne

.....
zmocnitel

Zmocnění přijímám

Vdne

.....
zmocněnec