

## Plná moc pro převzetí záznamu ze zdravotnické dokumentace

### Zmocnitel (vyšetřovaná osoba)

Jméno a příjmení:

.....

Číslo pojištěnce (rodné číslo):

.....

### Zmocněnec (osoba pověřená převzít dokumentaci)

Jméno a příjmení:

.....

Doklad prokazující totožnost zmocněnce, (typ a číslo):

.....

Zmocnitel uděluje plnou moc zmocněnci k zastupování ve věci převzetí lékařské zprávy, obrazové dokumentace, záznamu ze zdravotnické dokumentace či jiného dokumentu obsahující jeho osobní údaje:

### Specifikujte

.....

V.....Dne.....

Podpis zmocnitele

Zmocněnec prohlašuje, že souhlasí a výše uvedenou plnou moc přijímá.

V.....Dne.....

Podpis zmocněnce