**PLNÁ MOC**

**k doprovodu do zdravotnického zařízení Sanatoria Klimkovice**

**Zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………….

Trvale bytem: ………………………………………………………………….

Kontakt (telefon/mail): ………………………………………………………………….

dále jen „zmocnitel“

**Zmocněnci:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………….

Trvale bytem: ……………………………………………………………….…

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………….

Trvale bytem: ………………………………………………………………….

dále jen „zmocněnec nebo zmocněnci“

Já, shora označený zmocnitel tímto zmocňuji výše uvedeného zmocněnce / výše uvedené zmocněnce, aby na základě této plné moci dělal(i) doprovod nezletilému klientovi, jehož jsem zákonným zástupcem

Jméno a příjmení klienta: ………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………….

Trvale bytem: ……………………………………………………………….…

při jeho léčebném pobytu ve zdravotnickém zařízení Sanatoria Klimkovice provozovaném společností AquaKlim, s.r.o, IČ: 27849562 se sídlem Gorkého 3037/2, 702 00 Ostrava.

Zmocněnec /zmocněnci jsou oprávněni rozhodovat ve věcech zdravotního charakteru a ostatních náležitostech spojených s pobytem klienta v uvedeném zdravotnickém zařízení.

V Klimkovicích dne……………………..

 …………………………………………………………………..

 Úředně ověřený podpis zákonného zástupce

**Zmocnění přijímám:**

………………………………… …………………………………

Podpis zmocněnce Podpis zmocněnce