

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

V dne

.....

zmocněnec

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace

Vydmuchovej 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nemocnicekarvina.cz
Organizace je vedena u Krajského soudu v Ostravě spisová značka Pr. vložka 880, IČ 00844853