

## ZMOCNĚNÍ NA UDĚLENÍ SOUHLASU S OŠETŘENÍM NEZLETILÉHO PACIENTA U ZUBNÍHO LÉKAŘE

Já -jméno a příjmení: .....,  
datum narození: ....., číslo OP: ....., bytem .....

.....,  
kontakt (telefon, email): .....

**jako zákonný zástupce nezletilého dítěte:** jméno, příjmení, datum narození:

.....,

**zmocňuji pana/paní** .....

datum narození: ....., číslo OP: ....., bytem .....

.....,

**aby za mé nezletilé dítě udělila poskytovateli zdravotních služeb KOLARČÍKDENT s.r.o.,**  
**IČO: 27847365, souhlas s provedením:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V ....., dne: .....

.....  
podpis zákonného zástupce