

Plná moc k vyzvednutí laboratorních výsledků

1. Zmocnitel (vyšetřovaná osoba)

Jméno a příjmení:.....

Č. pojištění (rodné číslo):.....

Adresa bydliště:

(dále je „**zmocnitel**“)

2. Zmocněnec (osoba pověřená převzít výsledek)

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Doklad prokazující totožnost zmocněnce

(typ a číslo):.....

(dále je „**zmocněnec**“)

Zmocnitel zplnomocňuje zmocněnce k osobnímu vyzvednutí výsledků svého laboratorního vyšetření u poskytovatele zdravotních služeb, a to

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

se sídlem Husova 2624, 580 01 Havlíčkův Brod

IČO: 00179540

DIČ: CZ00179540, plátce DPH

bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka Havlíčkův Brod

číslo účtu: 17938521/0100

příspěvková organizace zapsaná v obchodním rejstříku pod spisovou značkou Pr 876 (oddíl, vložka)
vedenou Krajským soudem v Hradci Králové

(dále jen „**laboratoř**“ a „**výsledky**“).

Zmocnitel bere na vědomí, že výsledky obsahují i citlivá osobní data a laboratoř nenese žádnou zodpovědnost za případné porušení důvěrnosti jeho osobních dat.

V, dne

.....

Podpis zmocnitele (osoby vyšetřované)

Potvrzení akceptace plné moci:

Zmocněnec toto zmocnění přijímá, při převzetí výsledků v laboratoři bude svou totožnost, a tedy oprávněnost převzít výsledky, prokazovat výše uvedeným dokladem.

V, dne

.....

Podpis zmocněnce (osoby přebírající laboratorní výsledek)