**SPLNOMOCNENIE**

meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

rodné číslo: ................................................................................................................................

bytom: ................................................................................................................................

(ďalej „splnomocniteľ“)

**s p l n o m o c ň u j e m**

meno a priezvisko: Veronika Beskydiarová

rodné číslo: 035106/5825

bytom: Agátová 1014/1, 962 12 Detva

(ďalej „splnomocnenec“)

k týmto úkonom:

-zdravotná starostlivosť,

-v nevyhnutných prípadoch odvoz do zdravotníckeho zariadenia,

-privolanie lekárskej pomoci.

V ..................................................... dňa ...................................

................................................................

vlastnoručný podpis zákonného zástupcu