**PLNÁ MOC**

Já, **……………….,** nar. …………….., bytem ……………………………….

tímto zmocňuji

**……………………….**, IČO …………….., se sídlem …………………………………

(dále jen „poskytovatel“)

nebo

**……………………….**, nar. …………….., bytem …………………………………

(dále jen „ošetřující lékař“)

aby mne zastupoval v řízení o výjimečné úhradě zdravotních služeb dle § 16 a § 19 odst. 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V rámci toho poskytovatele/ošetřujícího lékaře zmocňuji, aby v této věci vykonával veškerá jednání, ke kterým je žadatel v řízení oprávněn v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a správním řádem, včetně podávání opravných prostředků.

V….......................... dne …..........................

 …………………..................

 (podpis pacienta)