	ODDĚLENÍ KLINICKÉ BIOCHEMIE **MMN, a.s., nemocnice Jilemnice** **Metyšova 465** **Jilemnice 514 01**	Platné od: 1. 9. 2025 Strana: 1 z 1

F 70 – Plná moc k vyzvednutí výsledků laboratorních vyšetření

Já, níže podepsaný (jméno a příjmení) .....
Bydliště .....
Číslo pojištěnce (rodné číslo) .....
(dále jako zmocnitel)

TÍMTO ZMOCŇUJI

Jméno a příjmení .....
Bydliště .....
Datum narození .....
Typ a číslo dokladu totožnosti .....
(dále jako zmocněnec, pověřená osoba)

k osobnímu vyzvednutí výsledků laboratorních vyšetření z Oddělení klinické biochemie, MMN, a.s., nemocnice Jilemnice.
Zároveň jsem si vědom(a), že se jedná o citlivé osobní údaje a laboratoř nemůže nést odpovědnost za případné porušení jejich důvěrnosti.

☐ Tato plná moc je jednorázová a se vztahuje na výsledky z odběru provedeného dne: .....
☐ Tato plná moc platí opakovaně během data platnosti plné moci.
(zaškrtněte platnou možnost)

Plná moc platí: od …… do ……. *)
*) Plná moc může mít maximální platnost 1 rok od data vystavení.

V …….. dne ……..... …….
podpis zmocnitele

Plnou moc přijímám a prohlašuji, že se při přebírání výsledků laboratorních vyšetření budu prokazovat shora uvedeným dokladem totožnosti. Souhlasím s použitím svých osobních údajů v nezbytném rozsahu pro potřeby laboratoře.

V …….. dne ……..... ……..
podpis zmocněnce

Pokud udělujete plnou moc k vyzvednutí laboratorních výsledků dítěte/osoby svěřené do péče, uveďte následující údaje:
Jméno, příjmení dítěte/osoby svěřené do péče .....
Bydliště .....
Číslo pojištěnce (rodné číslo) .....

Zmocněnec v tomto případě musí vedle svého dokladu totožnosti předložit i průkaz pojištěnce dítěte/osoby svěřené do péče.