| **PLNOMOCENSTVO** | **POWER OF ATTORNEY** |
| --- | --- |
| [Meno a priezvisko], trvale bytom [ulica, číslo, PSČ, mesto], Slovenská republika, dátum narodenia [dátum narodenia] (ďalej ako „**Splnomocniteľ**”), | [Name and surname], permanently residing at [street, number, postcode, city], the Slovak Republic, date of birth [date of birth] (the “**Principal**”), |
| **týmto splnomocňuje** | **hereby authorizes** |
| [Meno a priezvisko], trvale bytom [ulica, číslo, PSČ, mesto], Slovenská republika, dátum narodenia [dátum narodenia] (ďalej ako „**Splnomocnenec**”), | [Name and surname], permanently residing at [street, number, postcode, city], the Slovak Republic, date of birth [date of birth] (the “**Agent**”), |
| aby v zmysle ustanovenia § 31 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, v plnom rozsahu a bez akýchkoľvek obmedzení zastupoval Splnomocniteľa v jeho mene a na jeho účet za účelom získania informácii o Splnomocniteľovi podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej ako „**Zákon o zdravotnej starostlivosti**”). Splnomocniteľ splnomocňuje Splnomocnenca najmä, nie však výlučne, aby: | pursuant to Section 31 et seq. of Act No. 40/1964 Coll. the Civil Code, as amended, to fully and without any restrictions represent the Principal in their name and on their account for the purpose of obtaining information about the Principal in accordance with Act No. 576/2004 Coll. on Healthcare, Services Related to Healthcare and on the Amendment and Supplementation of Certain Acts (the “**Healthcare Act**”). The Principal authorizes the Agent, in particular, but not exclusively, to: |
| * získal úplné informácie o zdravotnom stave Splnomocniteľa, jeho liečbe, jej rizikách, alternatívach a prognóze v rovnakom rozsahu, v akom má právo na tieto informácie Splnomocniteľ, | * obtain complete information about the Principal's medical condition, their treatment, its risks, alternatives, and prognosis, to the same extent to which the Principal is entitled to this information; |
| * získal výpis zo zdravotnej dokumentácie Splnomocniteľa v plnom rozsahu podľa ustanovenia § 24 ods. 4 písm. e) Zákona o zdravotnej starostlivosti, | * obtain an extract from the Principal's medical records to the full extent in accordance with Section 24 (4) (e) of the Healthcare Act; |
| * dostal prístup do zdravotnej dokumentácie Splnomocniteľa v plnom rozsahu formou nahliadania, vrátane vyhotovovania si kópií a výpiskov z nej podľa ustanovenia § 25 ods. 1 písm. c) Zákona o zdravotnej starostlivosti, | * gain full access to the Principal's medical records in the form of inspection, including making copies and excerpts from it in accordance with Section 25 (1) (c) of the Healthcare Act; |
| * dostal ďalšie informácie o zdravotnom stave Splnomocniteľa od lekárov a zdravotného personálu v neobmedzenom rozsahu, | * gain further information about the Principal's medical condition from physicians and healthcare personnel to an unlimited extent; |
| * získal ďalšie informácie v mene Splnomocniteľa, vrátane údajov tvoriacich zákonom chránené tajomstvo a údajov zo sociálneho a zdravotného poistenia. | * obtain further information on the Principal's behalf, including data constituting legally protected secrets and data from social and health insurance. |
| Splnomocnenec je tiež výslovne oprávnený vykonávať akékoľvek právne úkony nutné k výkonu vyššie uvedených oprávnení, vo vzťahu k akýmkoľvek orgánom verejnej moci Slovenskej republiky, vrátane orgánov verejnej správy a orgánov štátnej správy, ako aj všetkým právnickým osobám a fyzickým osobám, vrátane akýchkoľvek poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti, príslušnej zdravotnej poisťovne a Sociálnej poisťovne. Splnomocnenec je tiež v tejto súvislosti oprávnený podpísať, doručovať a prijímať všetky a akékoľvek písomnosti v mene Splnomocniteľa a podávať, dopĺňať a vziať späť akékoľvek návrhy, žiadosti a dokumenty. | The Agent is also expressly authorized to perform any legal acts necessary for the execution of the above-mentioned powers, in relation to any public authorities of the Slovak Republic, including public administration bodies and government authorities, as well as all legal entities and natural persons, including any healthcare service providers, relevant health insurance company and the Social Insurance Agency. In this regard, the Agent is also authorized to sign, deliver and accept any and all documents, and to submit, amend and withdraw any proposals, requests and documents on the Principal's behalf. |
| Splnomocnenec je oprávnený splnomocniť tretiu osobu na výkon úkonov v mene Splnomocnenca a tým aj Splnomocniteľa v plnom rozsahu tohto plnomocenstva. | The Agent is entitled to authorize a third party to perform acts on behalf of the Agent, and thus also on behalf of the Principal, to the full extent of this power of attorney. |
| Toto plnomocenstvo je platné do jeho odvolania Splnomocniteľom alebo výpovede Splnomocnencom. | This power of attorney is valid until revoked by the Principal or terminated by the Agent. |
| Toto plnomocenstvo je vyhotovené v slovenskom a anglickom jazyku. V prípade rozporu medzi jednotlivými jazykovými verziami má prednosť slovenská verzia. | This power of attorney has been drawn up in Slovak and English language. In case of any discrepancies between the Slovak and the English language versions, the Slovak language version shall prevail. |

V / In [obec / municipality], dňa / on [deň, mesiac, rok / day, month, year]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[meno a priezvisko / name and surname]

*(notársky overený podpis / notarized signature)*