

Plná moc

Zdravotnické zařízení:

Název.....

IČO:

IČZ:

Adresa:

.....

Zastoupené jako zmocnitelem

uděluje tímto v souladu s ustanovením § 31 zákona č. 40/1964 Sb.

plnou moc

Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s. (dříve Sdružení smluvních lékařů ČR), IČO 48135941, č. reg. VSC/1-7553/91-R, se sídlem v Praze, kanceláři Thámova 221/7, 186 00 Praha 8, k jeho zastupování v dohodovacích řízeních o hodnotě bodu a výši úhrad, Seznamu výkonů a Rámcové smlouvě podle zákona 48/1997 Sb. a v dalších řízeních a jednáních ve smyslu Stanov SAS ČR, o. s.

V dne

.....
Podpis statutárního zástupce zdravotnického zařízení

.....
Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s. prostřednictvím oprávněného zástupce udělenou plnou moc přijímá.

V Praze dne

Podpis oprávněného zástupce

Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s.