

Plná moc

Poskytovatel zdravotních služeb:

Název.....

IČO:

IČZ:

Sídlo:

..... Zastoupené

..... jako zmocnitelem

uděluje tímto v souladu s ustanovením § 441 zákona č. 89/2012 Sb.

plnou moc

profesnímu (zájmovému) sdružení poskytovatelů ambulantních psychiatrických služeb
Ambulantní Psychiatrie z.s. (dříve Sdružení ambulantních psychiatrů), IČO: 45772622, zapsaném
v rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze – sp. zn. L 954, se sídlem v Praze, Koleční 429/5,
16000 Praha 6 (dále jen „zmocněnec“),

k zastupování zmocnitele v dohodovacích řízeních o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb
a regulačních služeb, Seznamu výkonů a Rámcové smlouvě podle zákona č. 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů a oprávnění
stanovených pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce, a pokud jich ustanoví více, je každý
z nich oprávněn jednat samostatně.

V dne

.....
Podpis zástupce poskytovatele zdravotních služeb (zmocnitele)

.....
Ambulantní Psychiatrie, z.s. prostřednictvím oprávněného zástupce udělenou plnou moc přijímá.

V Praze dne

Podpis oprávněného zástupce
Ambulantní Psychiatrie, z.s.

.....