

## 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, Kolejní 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.

.....