

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

Asociaci soukromých neurologů (ASN) z.s., se sídlem Praha 2 – Nové Město,
Karlovo náměstí 317/5, IČO 22748873, k jeho zastupování v dohodovacích
řízeních o hodnotě bodu a výši úhrad a Rámcové smlouvě podle zákona
48/1997 Sb. a v dalších řízeních a jednáních ve smyslu Stanov ASN z.s.

V dne.....

.....

Podpis statutárního zástupce zdravotnického zařízení

ASN z.s. prostřednictvím oprávněného zástupce udělenou plnou moc přijímá.

V Praze dne

Podpis oprávněného zástupce ASN z.s.

.....