

# Plná moc

## Zdravotnické zařízení:

Název .....

IČO: .....

IČZ: .....

Adresa: .....

.....

Zastoupené ..... jako zmocnitelem

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

## **plnou moc**

Sdružení ambulantních specialistů ČR, z. s. (dříve Sdružení smluvních lékařů ČR), IČO 48135941, zapsán v rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze – sp. zn. L 2477, se sídlem v Praze, kanceláří Thámova 221/7, 186 00 Praha 8, 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 SAS ČR, z. s.

V ..... dne .....

.....  
Podpis statutárního zástupce zdravotnického zařízení

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

V Praze dne .....

Podpis oprávněného zástupce

Sdružení ambulantních specialistů ČR, z. s. ....