

Plná moc

Zmocnitel:

jméno nebo název:

adresa nebo sídlo:

IČ: IČZ:.....

jako poskytovatel zdravotních služeb lékárenské péče – provozovatel lékárny:

název lékárny:

adresa lékárny:

telefon:

e-mail:

zmocňuje spolek POSKYTOVATELÉ LÉKÁRENSKÉ PÉČE z. s., se sídlem ve Cvikově, Komenského 219, PSČ 471 54, IČ 03795985,

k zastoupení zmocnitele v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů zdravotních služeb o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zmocnitel souhlasí, aby zmocněnec k jednání v rozsahu této plné moci pověřil dalšího zástupce.

V dne

.....
jméno nebo název a podpis zmocnitele