

PLNÁ MOC

Zplnomocňuji p.
trvale bytem
datum narození
č. OP / pasu

- k veškerým úkonům v souvislosti s vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo změny oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo změny v registraci poskytovatele zdravotních služeb, odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo zrušení registrace poskytovatele zdravotních služeb, včetně zaplacení správního poplatku, podpisu o převzetí rozhodnutí a vzdání se práva na odvolání,
- k veškerým úkonům v souvislosti s vydání povolení k poskytování zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení, podpisu o převzetí rozhodnutí a vzdání se práva na odvolání.

Zmocnitel:

Jméno a příjmení/Název
Trvalý pobyt/Sídlo
Datum narození
Identifikační číslo

Tato plná moc je platná do:

V dne
.....
podpis zmocnitele

Tuto plnou moc přijímám.

V dne
.....
podpis zmocněnce