P L N Á M O C

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 svydání 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