**Plná moc**

**Zdravotnické zařízení:**

Název ………………………………………………………………………………………...

Sídlo .........................................................................................................................................

IČO ………………………………………

IČZ ……………………………………….

Zastoupené ………………………………………………..............................................… jako zmocnitelem.

**uděluje tímto plnou moc**

**SAI – sdružení ambulantních internistů z.s., IČO: 08762171**, se sídlem Žižkova 1658/5, Kunratice, 148 00 Praha 4, vedené u Městského soudu v Praze pro spolkový rejstřík pod sp. zn. L 72858**, k jeho zastupování v dohodovacích řízeních o hodnotě bodu a výši úhrad, seznamu výkonů a rámcové smlouvě podle zákona č. 48/1997 Sb. a v dalších řízeních a jednáních ve smyslu Stanov SAI.**

V ………………………………………...dne …………………………...

Podpis statutárního zástupce zdravotnického zařízení

....................................................................................

**SAI – sdružení ambulantních internistů z.s. prostřednictvím oprávněného zástupce udělenou plnou moc přijímá**

V ………………………………………...dne …………………………...

Podpis oprávněného zástupce SAI – sdružení ambulantních internistů z.s.

....................................................................................