**Plná moc**

**Zdravotnické zařízení:**

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

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

IČO ………………………………………

IČZ ……………………………………….

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

**uděluje tímto plnou moc**

**SAI – sdružení ambulantních internistů z.s., založeném přijetím stanov dne 18. listopadu 2019, se sídlem v Praze, 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 o úhradách zdravotních služeb a řízeních a jednáních ve smyslu Stanov SAI.**

V ………………………………………...dne …………………………...

Podpis statutárního zástupce zdravotnického zařízení

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

**SAI – sdružení ambulantních internistů z.s. udělenou plnou moc přijímá ve smyslu ust. § 127 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, prostřednictvím oprávněného zástupce s tím, že o přijetí plné moci rozhodne statutární orgán SAI – sdružení ambulantních internistů z.s. po svém vzniku.**

V ………………………………………...dne …………………………...

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

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