

# PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný

Titul, jméno, příjmení:..... Rodné číslo:...../.....

Zdravotnické zařízení se sídlem..... IČZ.....

tímto

## z m o c ň u j i

profesní sdružení poskytovatelů zdravotní péče „Česká lékařská komora, o. s.“ zastoupené jeho prezidentem, aby mě jako poskytovatele zdravotní péče zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu § 17 odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, sazby, jakož i dalších ujednání ohledně cen platných pro poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění ve smyslu § 17 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění.

v segmentu (zaškrtněte Váš segment):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ústavní péče                             | <input type="checkbox"/> praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost |
| <input type="checkbox"/> zdravotnických záchranných služeb a DRNR | <input type="checkbox"/> ambulantní specializovaná péče                        |
| <input type="checkbox"/> laboratorní a diagnostická péče          | <input type="checkbox"/> lázeňská péče   |

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce a pokud jich ustanoví více, souhlasím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Dne .....

Podpis a razítko).....

.....

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Vzhledem k množícím se případům chyb v databázi členů OSL ČLK Brno město prosíme všechny kolegyně a kolegy, u kterých od doby registrace došlo ke změně v následujících údajích, aby odeslali opravný lístek na adresu: OSL ČLK Brno město, Příkop 4, 602 00 Brno nebo na e-mail: [clkbrno@iqnet.cz](mailto:clkbrno@iqnet.cz). Bez těchto údajů nejsme schopni zajistit rozeslání časopisu ani informace o valné hromadě.

S díky Kancelář OSL ČLK

Tituly: ..... Jméno: ..... Příjmení: .....

Rodné příjmení: ..... Rodné číslo: ...../..... Rok promoce: .....

Adresa bydliště:.....

Adresa pracoviště:..... Atestace (obor, stupeň, rok složení):.....