

PLNÁ MOC

Zmocnitel – smluvní poskytovatel zdravotních služeb:

název:

IČO:

IČZ:

adresa/sídlo:

.....

.....

osoba oprávněná jednat za zmocnitele:

tímto z m o c ň u j e :

Asociaci klinických logopedů České republiky, z.s., IČO 41192303, se sídlem Rumunská 1798/1, 120 00 Praha 2, zapsanou ve spolkovém rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze pod sp. zn. L 2440 (**dále jen „zmocněnec“**), aby jako profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotních služeb zmocnitele zastupovala:

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění,
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, výši záloh a výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, a to v rámci skupiny poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů.

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění.

- V dalších jednáních a řízeních dle stanov Asociace klinických logopedů České republiky, z.s.

V _____ dne _____

Jméno a podpis zástupce zmocnitele