

PLNOMOCENSTVO

Podpísaný/á , narodený/á ,
trvale bytom ,
so sídlom ,
IČO:

(ďalej len „Splnomocniteľ“), týmto

splnomocňujem

ALIANCIU VŠEOBECNÝCH LEKÁROV SLOVENSKA, so sídlom: Líščie údolie 57, 842 31 Bratislava,
konajúcej prostredníctvom: MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA

(ďalej len „Splnomocnenec“), na

zastupovanie

vo veci rokovania a vyjednávania všetkých zmluvných podmienok zmlúv a dodatkov zmlúv pre Splnomocniteľa so všetkými zdravotnými poisťovňami pôsobiacimi na území Slovenskej republiky a so Sociálnou poisťovňou.

Súčasne čestne prehlasujem, že nie je udelená plná moc na zastupovanie v uvedenej veci inej osobe ani inému subjektu.

Plná moc zaniká jej vypovedaním Splnomocnencom alebo odvolaním Splnomocniteľom.

Táto plná moc sa udeľuje na dobu neurčitú a nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpísania Splnomocniteľom.

V dňa

.....

podpis Splnomocniteľa

Plnomocenstvo prijímam.

V dňa

.....

podpis Splnomocnenca