**P L N Á M O C**

 **Já, níže uvedená/ý/**

**Jméno, příjmení (u právnické osoby název firmy):**

**poskytovatel zdravotní služby v oboru ergoterapie IČZ:**

**se sídlem:**

**IČ:**

**tímto zmocňuji profesní organizaci Unie fyzioterapeutů České republiky, z.s., se sídlem Antala Staška 1670/80, Praha 4, IČ 406 12 317, k zastupování v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních a současně v dohodovacím řízení o rámcových smlouvách o poskytování a úhradě hrazených služeb.**

**Prohlašuji, že toto je jediné mnou vydané zmocnění k zastupování v obou shora uvedených dohodovacích řízeních.**

**Tato plná moc je trvalá a platí pro všechna další dohodovací řízení, která budou konána.**

**Dne**

**...............................................................**

**Podpis**

**S udělením plné moci Unii fyzioterapeutů České republiky, z.s. pro zastupování oboru ergoterapie ve výše uvedených dohodovacích řízení za Českou asociaci ergoterapeutů souhlasí:**

**...........................................................**

**Mgr. Jana Jelínková, prezident**

**Česká asociace ergoterapeutů**