(miejscowość, data)

PEŁNOMOCNICTWO

Niżej podpisany/i

1. ………………………………………………..
2. ……………………………………………….
3. ………………………………………………..

upoważniony/upoważnieni do reprezentowania:

………………….……………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

udzielam(y) pełnomocnictwa

Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

Porozumienie Zielonogórskie

z siedzibą w Zielonej Górze

do składania w imieniu w/w podmiotu wniosków o dokonanie zmian dotyczących określania warunków zawierania i realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ich opiniowania, prowadzenia w tym zakresie rozmów, składania oświadczeń woli i ich przyjmowania; pełnomocnictwo obejmuje prawo do udzielania dalszych pełnomocnictw przez pełnomocnika.

(czytelne podpisy)