

.....
(miejsowość, data)

PEŁNOMOCNICTWO

Nazwa

Adres

REGON: NIP:

reprezentowana/reprezentowany przez

.....

jako członek Porozumienia Łódzkiego - Łódzkiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia niniejszym udzielam pełnomocnictwa wraz z prawem substytucji:

Porozumieniu Łódzkiemu - Łódzkiemu Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia, z siedzibą w Łodzi przy ul. Wigury 9/6, 90-302 Łódź, zarejestrowanemu w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieście w Łodzi, XX Wydział KRS pod nr 0000011789, NIP: 728 26 35 976, Regon 100 163 532 - **reprezentowanemu przez Zarząd – zgodnie z zasadą reprezentacji wynikającą z KRS.**

i upoważniam do:

- 1) reprezentowania mocodawcy przed Narodowym Funduszem Zdrowia (Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą Łodzi) w szczególności w zakresie zawieranie w imieniu mocodawcy wszelkich umów, aneksów, porozumień oraz składania oświadczeń bądź wyjaśnień i sporządzania innych dokumentów związanych umową o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieki zdrowotna.
- 2) odbioru w imieniu mocodawcy wszelkich umów, aneksów, porozumień, oświadczeń i innych dokumentów związanych umową o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieki zdrowotna oraz wszelkich innych czynności niezbędnych przy wykonywaniu niniejszego pełnomocnictwa.

.....
(pieczęć i podpis)