



spach

Spolek privátních ambulantních chirurgů České republiky

PŘIHLÁŠKA

ŽÁDOST O PŘIJETÍ ZA ČLENA SPOLKU PRIVÁTNÍCH AMBULANTNÍCH CHIRURGŮ ČR

Jméno:	<input type="text"/>	Titul před:	<input type="text"/>
Příjmení:	<input type="text"/>	Titul za:	<input type="text"/>
Adresa ordinace:	<input type="text"/>		
	<small>Ulice č.p./č.o., PSČ, město</small>		
IČ:	<input type="text"/>	IČZ:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>

Prohlašuji se za člena Spolku privátních ambulantních chirurgů ČR se sídlem v Praze 3, Olšanská 2666/7, IČ 70866112 (dále jen Spolek), souhlasím s jeho stanovami a zplnomocňuji Spolek v rozsahu práv a povinností podle občanského zákoníku, občanského soudního řádu, jakož i ve smyslu § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění zastupováním na jednání dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a to za skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a vysokoškoláků - nelékařů (klinických psychologů a klinických logopedů). Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb. a jednacím řádem tohoto dohodovacího řízení.

V dne:

Podpis: