S P LN O M O C N E N I E

**Splnomocniteľ** – súkromné zdravotnícke zariadenie:

Meno (názov): …………………………………………………………………………………….........................................

Štatutárny zástupca:  ..........…………………………………………………………………….......................................

so sídlom:   ……………………………………………………………………………………...........................................

adresa prevádzky: ..................................................................................................................................

odbornosť: ..............................................................................................................................................

IČO:  .........…………………………………. DIČ: ......................................................................................

**Splnomocnenec** – zástupca profesného občianskeho združenia súkromných zdravotníckych zariadení Slovenská lekárska únia špecialisov: **MUDr. Andrej Janco**, nar. 17.8.1957, bytom: Amurská 7, 04012 Košice

Splnomocniteľ  udeľuje týmto v zmysle ust. § 31 až § 33b Občianskeho zákonníka

**p l n ú    m o c**

splnomocnencovi k zastupovaniu na rokovaniach so:

1. **Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s.**, Mamateyova 17, Bratislava 850 05, IČO: 35 937 874
2. **DÔVERA zdravotnou poisťovňou, a.s.**, Einsteinova 25, Bratislava 851 01, IČO :35 942 436
3. **UNION zdravotnou poisťovňou, a.s.,** Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava, IČO: 36 284 831
4. **Ministerstvom zdravotníctva SR,** Limbová 2, Bratislava
5. **Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,** Žellova 2, 829 24 Bratislava 25
6. **Sociálnou poisťovňou,** Ul. 29. augusta č. 5, 813 63 Bratislava, IČO: 30 807 484
7. **Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny**, Župné nám. 5, Bratislava, IČO: 30 794 536

a s ostatnými zdravotnými poisťovňami na území SR, ktoré získajú povolenie na výkon zdravotného poistenia (ďalej ako „poisťovňa“), so všetkými komerčnými poisťovňami na území SR a so všetkými štátnymi organizáciami a orgánmi štátnej správy.

Čl. I

1. Splnomocnenec zastupuje splnomocniteľa  na rokovaniach s poisťovňami a s ostatnými subjektmi o všetkých zmluvných podmienkach, vrátane výšky úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a služby poistencom zdravotnej poisťovne a iným osobám.
2. Splnomocnenec je oprávnený zastupovať záujmy splnomocniteľa v  rozsahu úkonov smerujúcich k zmene zmluvných podmienok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle zák. č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a jej dodatkov ako aj iných zmlúv.
3. Splnomocnenec zastupuje splnomocniteľa na rokovaniach s orgánmi Ministerstva zdravotníctva SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, štátnymi organizáciami a pred orgánmi štátnej správy.

Čl. II

1. Splnomocniteľ udeľuje túto plnú moc splnomocnencovi na dobu neurčitú.
2. Plná moc zanikne podľa ustanovenia § 33b ods. 1. písm. b/ a c/ Občianskeho zákonníka v prípade, ak je odvolaná splnomocniteľom alebo vypovedaná splnomocnencom.
3. Splnomocnenec je oprávnený udeliť plnomocenstvo v zmysle ust. § 33a Obč. zák. inej osobe.
4. Táto plná moc nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpísania splnomocniteľom.

V ………………………................... dňa....………………..

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

                                                                Splnomocniteľ (podpis a pečiatka)

Splnomocnenie prijímam................................………………..