S P LN O M O C N E N I E

**Splnomocniteľ** – poistenec:

Meno a priezvisko: .....………………………………………………………………………….........................................

Rodné číslo:  ..........…………………………………………………………………….......................................

Adresa trvalého bydliska:…………………………………………………………………………………...........................................

T.č. poistený v zdravotnej poisťovni: - Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

 - DôVERA zdravotná poisťovňa, a.s.

 - Union zdravotná poisťovňa, a.s.

**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

a s ostatnými zdravotnými poisťovňami na území SR, ktoré získajú povolenie na výkon zdravotného poistenia (ďalej ako „poisťovňa“) 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 v zdravotníckych zariadeniach.
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 v zdravotníckych zariadeniach.
3. Splnomocnenec zastupuje splnomocniteľa na rokovaniach s orgánmi Ministerstva zdravotníctva SR, štátnymi organizáciami a pred orgánmi štátnej správy o organizácii zdravotníctva a o podmienkach  zdravotníckych zariadení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

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. Výsledok jednania je neplatný, ak splnomocniteľ náskedne oznámi svoj nesúhlas v zmysle § 33 ods.1).
4. Splnomocnenec je oprávnený udeliť plnomocenstvo v zmysle ust. § 33a Obč. zák. inej osobe.
5. Táto plná moc nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpísania splnomocniteľom.

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

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

                                                                Splnomocniteľ (podpis a pečiatka)

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