

PROSTÁ PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný ZMOCNITEL:

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Datum narození:

Bytem:

Číslo OP:

uděluji tímto plnou moc

ZMOCNĚNCI:

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Datum narození:

Bytem:

Číslo OP:

k tomu, aby mě zastupoval a právně za mě jednal ve věci uzavření, změny nebo ukončení smlouvy o poskytnutí služeb sociální péče s :
a v záležitostech souvisejících s plněním této smlouvy včetně úkonů spojených s úhradami za poskytnuté služby.

V dne

.....

podpis zmocnitele

Zmocněnec svým podpisem prohlašuje, že tuto plnou moc přijímá.

V dne

.....

podpis zmocněnce