

## Довіреність

Я (ім'я та прізвище - уповноважуючий) .....

Дата народження .....

Номер страхувальника .....

Постійне проживання .....

### УПОВНОВАЖУЮ

Надавач терапевтичних послуг	
Назва юридичної особи / надавача послуг:	
Адрес:	
Юридична форма:	
ІЧО/ІНО:	
ДІС/ЛПН:	
Титул, ім'я та прізвище особи, уповноваженої діяти від імені надавача послуг	

представляти мої інтереси у справі опрацювання заявки на надання фінансового внеску з фонду профілактики VZP ČR з проекту „ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ БІЖЕНЦІВ З ПРИВОДУ ВІЙНИ З УКРАЇНИ В ČR“.

Внесок прошу сплатити безпосередньо надавачу терапевтичних послуг:

**Номер рахунку**

**код банку**

Ця довіреність є видана на певний термін до 31.12.2024.

В ..... дата .....

.....  
Підпис уповноважуючого

Я заявляю, що приймаю наведені вище повноваження (особа, уповноважена діяти від імені надавача послуг):

В ..... дата .....

.....  
Підпис уповноваженого представника