

Довіреність

Я (ім'я та прізвище - уповноважуючий)

Дата народження

Номер застрахованого

Постійне проживання

За

неповнолітнього (ім'я та прізвище).....

номер застрахованого (неповнолітнього)

УПОВНОВАЖУЮ

Надавач терапевтичних послуг	
Назва юридичної особи / надавача послуг:	
Адрес:	
Юридична форма:	
ІС/ІНО:	
ДІС/ІПН:	
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