

Reg. č.: xxxxx-rok  
Bratislava, xx.xx.xxxx

## **PLNOMOCENSTVO**

**Štatutárny orgán zamestnávateľa** Národné centrum zdravotníckych informácií, ul. Lazaretská 26, 811 09 Bratislava, IČO: 00 165 387, zastúpený štatutárom .....

### **Splnomocňuje**

pána/pani ....., zamestnanec organizácie, nar. ...., bytom ....., č.OP ....., aby/na podpisovanie zmlúv a preberanie tovarov súvisiacich s plnením Rámcovej dohody č....., uzatvorenej dňa ..... medzi Národným centrom zdravotníckych informácií a Slovak Telekom a.s.

Toto splnomocnenie nadobúda účinnosť dňom vyznačeným pri podpise a platí do jeho odvolania. Generálny riaditeľ NCZI má právo, kedykoľvek splnomocnenie odvolať v plnom rozsahu.

.....  
Xxxxxx Xxxxxxxxxx  
generálny riaditeľ NCZI

Splnomocnenie zamestnávateľa prijímam, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa:

.....  
Titul, meno a priezvisko menovaného