UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd, tř. Svobody 8, P.O. BOX 135, 771 11 Olomouc

tel.: 585 632 852

**Plná moc**

Jméno, příjmení a rodné číslo: ……………………………………………………………

Bydliště a

funkce osoby:……………………………………………………….……………………….

(která vydává plnou moc=zmocněnec)

**zmocňuji tímto**

Jméno, příjmení a rodné číslo: ……………………………………………………………

Bydliště, popř.osobní

vztah ke zmocněnci:…………………………………………………………….………….

(zmocněný)

**k převzetí**

…………………………………………………………………………………………………

(uvede se **důvod platby a období**, za které je tato platba poskytována)

V Olomouci dne …………………………

…………………………………… …………………………………….

 podpis zmocněnce podpis zmocněného