PLNÁ MOC

|  |
| --- |
| Já, níže podepsaný  **Jméno:** Click here to enter text.  **Datum narození:** Click here to enter text.  **Rodné číslo:** [ ● ]  **Trvale bytem:** Click here to enter text.  (dále jen "**Zmocnitel**")  tímto zmocňuji společnost: |
| **První zdravotní poradenská s.r.o.**, IČ 019 69 323, se sídlem Letenská 121/8, 118 00 Praha 1, zapsanou u Městského soudu v Praze, oddíl C, vložka 213784, zastoupená Ing. Ivanou Devodier Ledvoňovou, jednatelkou  (dále jen "**Zmocněnec**"), |
| aby mým jménem:   * organizačně zajistila uplatnění mého nároku na náhradu škody vůči relevantnímu zdravotnickému zařízení a/nebo lékaři či jinému zdravotnickému personálu (dále jen jako „Zdravotnické zařízení“) nebo vůči zaměstnavateli, pojišťovně či jinému škůdci (dále jen „jiný odpovědný subjekt“), včetně nákladů spojených s uplatněním tohoto nároku; * vybrala vhodného specialistu (lékaře) (dále jen „Specialista“) a s ním předběžně konzultovala můj nárok na náhradu škody z odborného hlediska; * zajistila, aby Specialista vyhotovil odborné vyjádření nebo znalecký posudek a * vybrala advokáta a uzavřela s ním mým jménem smlouvu, jejímž předmětem bude zastupování mé osoby při mimosoudním i soudním uplatnění mého nároku vůči Zdravotnickému zařízení nebo jinému odpovědnému subjektu a poskytnutí veškerých souvisejících právních služeb (dále jen „Věc“) a udělila mu mým jménem plnou moc k mému zastupování ohledně Věci, na základě které bude tento advokát oprávněn k převzetí a podání veškerých listin a korespondence, podepsání a podání, měnění a zpětvzetí žalob a dalších podání, podání a vzdání se opravných prostředků, uzavíraní smírů a jiných dohod, vždy ohledně Věci, a schválení, podepsání a doručení veškerých dalších listin, jež bude podle svého uvážení považovat za nutné či vhodné v souvislosti s vyřešením Věci a uskutečnění veškerých dalších úkonů či jednání, jež bude podle svého uvážení považovat za nutné či vhodné v souvislosti s vyřešením Věci; advokát přitom bude oprávněn udělit substituční plnou moc jinému advokátovi či advokátnímu koncipientovi v rozsahu stanoveném příslušnými předpisy. |
| Současně ukládám Zmocněnci a jím zvolenému advokátovi, aby vyvinuli veškeré úsilí směřující k plnému nahrazení škody, která mi byla způsobena Zdravotnickým zařízením nebo jiným odpovědným subjektem, a to za podmínek, že:   * nebude po mě požadováno složení zálohy na náklady Zmocněnce nebo jím zvoleného advokáta; * nebude po mě požadováno hrazení nákladů spojených se zastupováním zvoleným advokátem, s výjimkou výpovědi této plné moci po podání návrhu na zahájení soudního řízení, kdy zaplatím advokátovi odměnu a náhradu hotových výdajů podle advokátního tarifu.   Souhlasím s tím, aby:   * výše uvedené Zdravotnické zařízení nebo jiný odpovědný subjekt poskytovalo mému Zmocněnci, Specialistovi a advokátovi pověřenému mým právním zastoupením informace nezbytné k uplatnění mého nároku, a to včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace; a * můj zmocněnec a advokát pověřený mým právním zastoupením zpracovávali v souvislosti s předmětem této plné moci mé osobní údaje, a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.   Beru na vědomí, že detailnější pravidla mé spolupráce se Zmocněncem jsou upravena v dokumentu „Uplatnění náhrady škody ve spolupráci s První zdravotní poradenská s.r.o.“ a s souhlasím s nimi.  Prohlašuji, že veškeré výše uvedené údaje odpovídají skutečnosti a podkladům, kterými disponuji.  Tato plná moc se řídí českým právem. |
| V Click here to enter text. dne Click here to enter a date.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jméno: Click here to enter text. |
| Zmocnění přijímám a souhlasím s podmínkami vyjádřenými výše. |
| V Click here to enter text. dne Click here to enter a date.  Za **První zdravotní poradenská s.r.o.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ing. Ivana Devodier Ledvoňová, jednatelka** |