**PLNÁ MOC - VZOR**

Zmocnitel: …………………………………………………………………………

se sídlem: …………………………………………………………………………

IČO: ………………………………………........

zapsaný do obchodního rejstříku vedeného ……………………………………………………..

sp. zn. …………………./

 ***nebo***

zřízený na základě…………………………………………………………...................................

……………………………………………………………………………………………………………

zastoupený:……………………………………………………………………..

(dále jen „***zmocnitel***“)

***tímto zmocňuje:***

jméno a příjmení: …………………………………………..

datum narození: ……………………………………………

trvale bytem: ………………………………………………..

(dále jen „***zmocněnec***“)

***k zastupování zmocnitele***

**ve volbách do Dozorčí rady Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky**, IČO: 47114304, se sídlem 130 00 Praha 3, Vinohradská 2577/178, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7216, **konajících se ve dnech 11. 6. – 13. 6. 2025.**

Tato plná moc se uděluje na dobu určitou, a to od 11. 6. – 13. 6. 2025.

Zmocněnec není oprávněn zmocnit třetí osobu.

V ……………………. dne …………………

 …………………………………………

 podpis zmocnitele

Plnou moc ve výše uvedeném rozsahu přijímám:

V .............................. dne ..........................

 …………………………………………

 podpis zmocněnce