PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný zmocnitel

Jméno, příjmení a tituly ………………………………………

Datum narození ……………………...

Adresa bydliště …………………………………………………

(dále zmocnitel)

jako člen spolku ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE, z.s.

zmocňuji člena spolku pana/paní

# Jméno, příjmení a tituly ……………………………………….

**Datum narození ……………………….**

**Adresa bydliště …………………………………………………..**

(dále zmocněnec)

k tomu, aby mě zastupoval a hlasoval za mě na Valné hromadě výše uvedeného spolku, která se bude konat dne 2.12.2025 ve Vondráčkově posluchárně na Psychiatrické klinice Ke Karlovu 11, 128 08 Praha 2

V …………………………….dne ……………. 2025

 **……………………………………….**

*(úředně ověřený podpis)*

Výše uvedený zmocněnec plnou moc přijímá.

Jméno a příjmení a tituly ……………………………………..

neověřený podpis …………………………