**Formulář na pověření osoby zastupující skupinového člena**

|  |
| --- |
| Název zařízení: |
| Název poskytovatele: |
| Příjmení, jméno, titul osoby pověřené k zastupování: |
| Kontaktní adresa na pověřenou osobu: |
| Telefon: |
| E-mail: |

Datum:

Podpis pověřené osoby:

Razítko a podpis poskytovatele: